

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, marec 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**TELESNE POŠKODBE PRI PREDŠOLSKIH
OTROCIH, KI SO LAHKO POSLEDICA NASILJA V
DRUŽINI**

**INJURY IN PRESCHOOL CHILDREN, WHICH MAY RESULT FROM
DOMESTIC VIOLENCE**

Študentka: PATRIZIA BENČIČ

Mentor: pred. mag. SILVANA ŠONC

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, marec 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**TELESNE POŠKODBE PRI PREDŠOLSKIH
OTROCIH, KI SO LAHKO POSLEDICA NASILJA V
DRUŽINI**

**INJURY IN PRESCHOOL CHILDREN, WHICH MAY RESULT FROM
DOMESTIC VIOLENCE**

Študentka: PATRIZIA BENČIČ

Mentor: pred. mag. SILVANA ŠONC

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, marec 2011

ZAHVALA

Morda ni pomenilo veliko,
a meni je pomenilo ogromno.

Hvala mentorici, spoštovani mag. Silvani Šonc, za njeno strokovno pomoč na poti k uspešnemu zaključku diplomskega dela ter za vse spodbude, napotke, ki sem je bila deležna v času najinega sodelovanja.

Hvala kolektivu Pediatričnega oddelka Splošne bolnišnice Izola za pomoč pri izpolnjevanju anonimnega anketnega vprašalnika, .. hvala drage kolegice, da ste si vzele čas. Hvala Luki za pridobljene statistične podatke. Zahvala gre tudi mojima bratrancema Alexu in Eriku.

Hvala vsem, ki so pozitivno spremljali moje študijske obveznosti, predvsem pa moji družini.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	Otrokove pravice.....	3
2.1.1	Deklaracija o otrokovih pravicah	3
2.1.2	Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah (OZN)	3
2.2	Družina kot prostor nasilja.....	5
2.2.1	Nasilje nad otroki skozi zgodovino	9
2.2.2	Alkohol kot vzrok nasilja	12
2.3	Telesne poškodbe pri otrocih kot posledica namernih nasilnih dejanj v družini.....	13
2.3.1	Pregled otroka v pediatrični ambulanti, s poškodbami, za katere lahko sklepamo, da so posledica nasilja v družini.....	17
2.3.2	Kaj vzbuja sum, da gre pri otroku za poškodbo kot posledico nasilja?	25
2.3.3	Kdo so trpinčeni otroci?	27
2.4	Oblike nasilja nad otroki v družini	28
2.4.1	Fizično nasilje nad otrokom v družini	29
2.4.2	Psihično trpinčenje otroka v družini.....	30
2.4.3	Spolna zloraba otrok v družini.....	32
2.4.4	Zanemarjanje otroka	35
2.5	Posledice nasilja.....	38
2.6	Pomoč otroku, ki doživlja nasilje v času, ko je hospitaliziran.....	42
2.7	Zdravstveno-vzgojno delo in osveščanje žrtve nasilja z vidika zdravstvene institucije in širšega družbenega okolja	47
2.7.1	Institucionalne oblike pomoči otroku	50
2.7.2	Neinstitucionalne oblike pomoči otroku.....	53
2.8	Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND).....	56
3	EMPIRIČNI DEL	59
3.1	Opredelitve raziskovalnega problema.....	59
3.1.1	Cilji, nameni in hipoteze.....	59
3.2	Materiali in metoda dela	60
3.3	Rezultati in analiza podatkov.....	60
4	RAZPRAVA.....	83

5	SKLEP	85
	SEZNAM VIROV	87
	PRILOGA.....	90

KAZALO SLIK

Slika 1: Petehije na uhljih deklice (april, 2009)	23
Slika 2: Oteklina in poškodovani prstki na nogici (april, 2009).....	23
Slika 3: Posledice psihičnega nasilja lahko vodijo v samomor (33)	42
Slika 4: Informacija o zlorabi: prihod poškodovanega otroka v bolnišnico (35)	45
Slika 5: Klic na pomoč (31)	50
Slika 6: TOM telefon (23)	52
Slika 7: Hiša zavetja PALČICA – v Palčici je do zdaj prebivalo in našlo zatočišče že približno 90 otrok (26)	54

KAZALO GRAFOV

Graf 1:	Število obravnavanih otrok s telesnimi poškodbami oziroma število hospitaliziranih predšolskih otrok, kjer je obstajal sum, da je poškodba pri otroku namerno povzročena.	20
Graf 2:	Dokumentirani povzročitelji poškodb pri hospitaliziranih otrocih bolnišnice Izola v preteklih 9 letih, kjer je obstajal sum na namerno povzročeno poškodbo.	20
Graf 3:	Dokumentirani povzročitelji telesnih poškodb pri otrocih, ki so bili hospitalizirani zaradi telesnih poškodb.	21
Graf 4:	Hospitalizirani otroci v Splošni bolnišnici Izola glede na spol, kjer je obstajal sum za namerno povzročeno poškodbo v obdobju od leta 2000 do 2009.	21
Graf 5:	Udeležba po spolu.....	61
Graf 6:	Starostna struktura anketirank.....	61
Graf 7:	Povprečna delovna doba anketiranih medicinskih sester na pediatričnem oddelku	62
Graf 8:	Izobrazba anketiranih medicinskih sester na pediatričnem oddelku SBI	63
Graf 9:	Najpogostejše telesne poškodbe hospitaliziranih predšolskih otrok na pediatričnem oddelku.....	63
Graf 10:	Najpogostejša starostna populacija predšolskih otrok, hospitaliziranih zaradi telesnih poškodb.....	64
Graf 11:	Posledica dogodkov nastalih poškodb, po opisu starša oziroma osebe, ki otroka spremlja v bolnišnico	65
Graf 12:	Ali so medicinske sestre kdaj posumile, da je nastala poškodba posledica nasilja v družini?	66
Graf 13:	Ali so medicinske sestre na oddelku prijavile, ko so posumile, da je telesna poškodba pri otroku posledica nasilja v družini?.....	66
Graf 14:	Razlogi, zakaj ob sumu niso nikogar obvestili	67
Graf 15:	Mnenja o sumu, da je poškodba pri otroku posledica nasilja v družini.....	67
Graf 16:	Število obravnavanih otrok v poklicni dobi medicinskih sester, kjer je po njihovem obstajal sum,	68
Graf 17:	Mnenja medicinskih sester o obravnavanih telesno poškodovanih otrocih glede na spol, kjer je obstajal sum, da so bile povzročene namerno	68
Graf 18:	Medicinske sestre, deležne primerov poškodb pri otroku, povzročenih zaradi zlorabe s strani staršev	69

Graf 19: Mnenja medicinskih sester, zakaj otrok, ki je utrpel poškodbo s strani starša, težko spregovori.....	69
Graf 20: Soočanje s sumom na »Muchausnov sindromom by proxy« pri svojem delu.....	70
Graf 21: Najpogostejši scenarij po mnenju medicinskih sester	70
Graf 22: Najpogostejši ukrepi, po mnenju medicinskih sester, s strani zdravnika, ko je obstajal sum, da.....	71
Graf 23: Ali se je v vaši bolnišnici zgodil primer suma na namerno povzročeno telesno poškodbo, pediater pa tega ni prijavil pristojnim službam?	71
Graf 24: Povzročene oblike nasilja in prisotnost vidnih telesnih poškodb	72
Graf 25: Prisotnost psihičnega trpinčenja otroka ob telesnih poškodbah	72
Graf 26: Razumevanje pojma »psihičnega trpinčenja otroka« (možnih je več odgovorov) ..	73
Graf 27: Razumevanje pojma »zanemarjanje otroka«	74
Graf 28: Oblike nasilja, povzročene pri otroku, ki puščajo največje posledice	74
Graf 29: Odvisnost teže posledic od zlorabe	75
Graf 30: Odražanje posledic nasilja kasneje v življenju	76
Graf 31: Razlogi za manjše število hospitaliziranih otrok zaradi zlorab in posledic telesnih poškodb v	77
Graf 32: Problem nasilja v družini	77
Graf 33: Pogostost pojava nasilja nad otroki v družini	78
Graf 34: Vloga medijev pri obveščanju javnosti o nasilju nad otroki v družini	78
Graf 35: Vrsta kazni povzročitelja	79
Graf 36: Beleženje vzrokov nastalih poškodb pri otrocih v Splošni bolnišnici Izola	80
Graf 37: Opozarjanja na problem o nasilju v bolnišnici.....	81
Graf 38: Uspešnost zgodnjega odkrivanja in preprečevanja trpinčenja otrok v zdravstvenih institucijah.....	81

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Diplomska naloga opisuje telesne poškodbe pri predšolskih otrocih, ki so lahko posledica nasilnega ravnanja v družini. Že sama tema diplomske naloge vzbuja močno nelagodje in spoznanje, da so naše znanje in najrazličnejše strategije v boju proti telesnem zlorabljanju otrok zelo šibke in pomanjkljive. Zdravstveno osebje ima pri obravnavi telesno poškodovanega otroka pogosto težave pri prepoznavi pojava. Medicinske sestre so pogosto prvo zdravstveno osebje, ki pride v stik z žrtvami, in lahko v največji meri vplivajo na preprečevanje zlorab. Ko otrok pokaže, nakaže ali pove, kaj se je zgodilo, lahko prvi odziv medicinske sestre veliko spremeni. Zdravstveno osebje je usposobljeno tako, da ne izreka sodb in se izogiba obtoževanju žrtev in povzročiteljev.

Naloga prikazuje značilnosti namernih telesnih poškodb otrok, na kratko opisuje oblike trpinčenja in nas seznanja s posledicami le-tega, z željo da bi izboljšali njihovo prepoznavanje in prispevali k ustreznemu ukrepanju. Že določene značilnosti z opredelitvijo natančne anamneze lahko zdravstvenemu osebju, ki obravnava poškodovanega otroka, vzbudijo sum, da so poškodbe morda posledica fizičnega, psihičnega, spolnega trpinčenja otroka kot tudi posledica zanemarjenosti s strani starša.

V empiričnem delu prikazuje rezultate raziskave, ki je bila narejena na Oddelku za pediatrijo Splošne bolnišnice Izola (SBI) z namenom ugotoviti, ali zdravstveno osebje prepozna nasilje s strani staršev in s tem povezanih telesnih poškodb pri otroku. Za potrebo raziskave smo zdravstvenim delavcem razdelili 20 vprašalnikov. Vse ankete so bile pravilno izpolnjene, anketiranke so bile diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Vzorec je sestavljalo 20 oseb.

Raziskava je pokazala, da je bilo v obdobju 2000–2009 obravnavanih 476 predšolskih otrok s telesnimi poškodbami, od teh je bilo hospitaliziranih 16 otrok, kjer je obstajal sum, da je bila poškodba namerno povzročena. Večina medicinskih sester je pri obravnavi otroka le občasno posumila, da je poškodba pri otroku posledica nasilnega ravnanja v družini.

Ključne besede: telesne poškodbe, nasilje v družini, predšolski otrok, oblike nasilja, posledice nasilja, zdravstvena vzgoja, žrtev nasilja.

ABSTRACT AND KEYWORDS

The thesis describes physical injuries in preschool children, which can result from violent domestic behaviour. The topic of the thesis itself causes great uneasiness and the acknowledgement that our knowledge and various strategies in the battle against physical abuse of children are very weak and insufficient. The medical staff often has difficulties in identifying signs of this phenomenon by dealing with a physical injured child. Nurses are often the first medical staff coming in touch with the victims and have the greatest impact on preventing the abuse. When the child shows, signals or tells, what has happened, the first reaction of the nurse can change a lot. The medical staff is trained not to judge and to avoid accusations of victims and perpetrators.

The thesis presents characteristics of premeditated physical injuries of children, briefly describes harassment types and introduces us with the consequences of this with the desire to improve their recognition and contribute to proper action. Yet certain characteristics with an explanation of an accurate anamnesis can help the medical staff, dealing with an injured child, they raise suspicion that the injuries may be due to physical, psychological, sexual abuse of the child or the negligence by the parents.

The empirical part presents results of the research conducted at the Paediatric department of the General hospital Izola (SBI) with the purpose to acknowledge, if the medical staff identifies violence, caused by parents, and consequently the related physical injuries at the child. In terms of the research we distributed 20 questionnaires within health operators. All the questionnaires were filled out correctly, participating were graduated nurses and health technicians. The sample consisted of 20 people.

The research showed that in the period 2008–2009 476 preschool children with physical injuries were treated, 16 of those were hospitalized with the suspicion that the injuries were caused on purpose. The majority of nurses have in dealing with children sometimes suspected that the child's injury may be due to violent behaviour in the family.

Keywords: physical injuries, domestic violence, preschool child, violence types, consequences of violence, health education, victim of violence.

1 UVOD

Družina je eden izmed najpomembnejših dejavnikov v procesih socializacije otroka, je osnovna enota, ki otroku nudi toplino, ljubezen, varnost in materialne pogoje za njegov razvoj. Družina pa je hkrati lahko tudi tista, ki otroka ogroža.

V strokovni medicinski literaturi se je pojem trpinčen otrok prvič pojavil leta 1962 in označeval otroke, ki so utrpeli telesne poškodbe kot posledico namernih nasilnih dejanj, povzročenih s strani njihovih bližnjih oseb. V Sloveniji je na hude oblike trpinčenja s hudimi telesnimi poškodbami otrok v družini prvi opozoril ljubljanski pediater dr. Pavle Kornhauser. Prav po njegovi zaslugi je v Ljubljani leta 1979 potekal prvi simpozij v socialističnih državah sploh in prvi v nekdanji Jugoslaviji, na katerem so pediatri spregovorili tudi o tej zamolčani temi. Javnost je bila šokirana in pretresena, za storilce so se glasno zahtevale višje kazni, a to je bilo bolj ali manj vse.

Danes razlikujemo štiri vrste trpinčenja otrok, ki pa so pogosto prepletene (fizično nasilje, spolna zloraba, psihično nasilje in zanemarjanje otrok).

Zdravstveno osebje ima pri obravnavi telesno poškodovanega otroka pogosto težave pri prepoznavi pojava. Velikokrat so storilci nasilja osebe, ki so otroku zelo blizu, zato so posledice nasilja največkrat dolgotrajne, saj vplivajo na celotno otrokovo življenje. Ker je omenjeni pojav pogojen z različnimi vzroki in se pojavlja v različnih oblikah, je zgodnje odkrivanje ter dejansko zavedanje problema nasilja, zlasti v družini, ključnega pomena pri nudenju pomoči otrokom – žrtvam nasilja. Že določene značilnosti z opredelitvijo natančne anamneze lahko zdravstvenemu osebju, ki obravnava poškodovanega otroka, vzbudijo sum, da so poškodbe morda posledica fizičnega, psihičnega, spolnega trpinčenja otroka kot tudi posledica zanemarjanja s strani starša. Fizikalni pregled mora zajeti celotnega otroka.

Obravnava trpinčenih otrok je vedno skupinska, pri njej poleg izbranega zdravnika in kirurga sodelujejo še pediatri, psihologi, socialni delavci in druge nevladne organizacije. Glavna naloga zdravstvenih delavcev, naloga celotne družbe je osveščanje žrtve o nasilju.

Namen naloge je prikazati značilnosti namernih poškodb otrok z namenom povečati občutljivost zdravstvenih delavcev do fizičnega nasilja nad otroki. Le tako bomo lahko izboljšali njihovo prepoznavanje in prispevali k ustreznemu ukrepanju. Namen je tudi poudariti pomen zdravstveno- vzgojnega dela in kako pomagati otroku, ki doživlja nasilje v družini v času, ko je hospitaliziran. V nalogi so podrobneje prikazane značilnosti poškodb kože in podkožja, okostja, glave in osrednjega živčnega sistema, poškodbe na obrazu, poškodbe trebuha, spolovila in poškodbe prsnega koša pri fizično trpinčenih otrocih v krogu družine ter posledice, ki jih pušča nasilje. Za lažje razumevanje nasilja ter položaja otrok v družini, bom predstavila kratko zgodovino nasilnega vedenja v družini. V nadaljevanju naloge želim predstaviti tudi dejavnosti ter oblike pomoči, ki se ukvarjajo z žrtvami nasilja, v tem okviru bom podrobneje predstavila krizni center za otroke – hišo zavetja »Palčica«, saj je edini krizni center v Sloveniji, namenjen otrokom do 6. leta starosti. Poleg tega se bomo dotaknili otrokovih pravic oziroma pravnih aktov, zakonov in ukrepov, ki jih je sprejela Republika Slovenija in katerih namen je zmanjšati stopnjo družinskega nasilja.

Želeli smo ugotoviti, koliko predšolskih otrok je bilo hospitaliziranih v Splošni bolnišnici Izola zaradi telesnih poškodb, pri katerih je obstajala možnost, da gre za fizično nasilje v družini, v obdobju 2000–2009. Zanimalo nas je, ali določene poškodbe pri otrocih kažejo, da so jih povzročile druge osebe – starši ali druga odrasla oseba, in ali so določene poškodbe pogojene s spolom.

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela s študijem domače in tuje literature. Za zbiranje podatkov in ugotavljanje obstoječega stanja smo uporabili zdravstveno dokumentacijo v Splošni bolnišnici Izola, kjer so bili zajeti predšolski otroci, hospitalizirani zaradi telesnih poškodb.

Z metodo anketiranja smo želeli ugotoviti, ali imajo zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku bolnišnice Izola pri obravnavi poškodovanega otroka težave pri prepoznavanju nasilja v družini in s tem povezanih telesnih poškodb pri predšolskih otrocih. Anketa je bila odprtega in zaprtega tipa.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 Otrokove pravice

Smo v Svetu Evrope in Slovenija je dobila črno piko, ker je ena izmed petih držav, ki v zakonodaji nimajo ničesar zoper nasilje nad otroki, zoper telesno kaznovanje otroka. V praksi se velikokrat srečujemo s pojavom trpinčenja in s tem, da je ukrepanje na ravni pravnih aktov le delno urejeno, v praksi pa obstaja vrsta ovir, ki preprečujejo učinkovito in hitro zaščito otroka. Če merimo povprečje časa od pojava suma, da je otrok trpinčen, do ukrepa, ki zavaruje dejanje, se le-to meri v letih.

2.1.1 Deklaracija o otrokovih pravicah

Deklaracijo je razglasila in sprejela Generalna skupščina Združenih narodov 20. novembra 1959 z resolucijo št. 1386 (XIV). Deklaracijo sestavlja deset načel, katerih glavni cilj je varstvo, korist in enake pravice in svoboščine za vse otroke ne glede na raso, barvo kože, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodno ali socialno pripadnost, premoženje, rojstvo ali kakršne koli druge okoliščine. Posebej bom izpostavila 9. načelo, ki se nanaša na obvarovanje otrok pred nasiljem (1):

Otroka je treba obvarovati pred vsemi vrstami zanemarjanja, okrutnosti in izkoriščanja. V nobenem primeru ne sme biti predmet trgovine. Otroci ne sme biti sprejeti na delo, dokler ne doseže določene starosti. V nobenem primeru ga ne smemo prisiliti ali mu dovoliti, da bi delal v poklicu ali opravljal tako delo, ki bi slabo vplivalo na njegovo zdravje ali vzgojo oziroma škodilo njegovemu telesnemu, duševnemu in naravnemu razvoju.

2.1.2 Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah (OZN)

Mednarodna Konvencija o otrokovih pravicah sodi med osnovne pravno obvezujoče dokumente, ki otroka ščitijo pred slabim ravnanjem in zlorabo. Generalna skupščina Združenih narodov jo je sprejela 20. novembra 1989 z resolucijo št. 44/25. V Sloveniji je začela veljati 2. septembra 1990 v skladu z 49. členom. Doslej jo je ratificiralo že več kot 190

držav. Konvencija obsega 45 členov. Je prvi dokument, ki otrokom priznava pravico do aktivne participacije. Konvencija opredeljuje pravice otroka na vseh področjih in veliko členov se nanaša na obvarovanje otrok pred nasiljem. Navedli jih bomo le nekaj:

19. člen

1. *Države pogodbenice bodo z vsemi ustreznimi zakonodajnimi, upravnimi, družbenimi in vzgojnimi ukrepi varovale otroka pred vsemi oblikami telesnega ali duševnega nasilja, poškodb ali zlorab, zanemarjanja ali malomarnega ravnanja, trpinčenja ali izkoriščanja, v številni spolne zlorabe, medtem ko je pod skrbništvom staršev, zakonitih skrbnikov ali katere koli druge osebe, ki skrbi zanj.*
2. *Takšni zaščitni ukrepi naj, če je to primerno, vključujejo učinkovite postopke za sprejemanje socialnih programov, ki otroku in tistim, ki skrbijo zanj, zagotavljajo potrebno podporo kakor tudi druge oblike zaščite ter ugotavljanje, obveščanje, prijavljanje, preiskovanje, obravnavanje in spremljanje prej naštetih primerov trpinčenja otrok in, če je potrebno, poseg sodišča.*

20. člen

1. *Otrok, ki je začasno ali za stalno prikrajšan za svoje družinsko okolje ali katerega koristi ne dopuščajo, da bi še naprej ostal v tem okolju, ima pravico do posebnega varstva in pomoči, ki mu jo zagotovi država.*
2. *Države pogodbenice morajo v skladu s svojo notranjo zakonodajo takemu otroku zagotoviti nadomestno skrb.*
3. *Takšna skrb lahko med drugim zajema rejništvo, kafalo po islamskem pravu, posvojitev ali, če je potrebno, nastanitev v primernih ustanovah, namenjenih skrbi za otroka. Pri preučevanju rešitev naj bo posebna pozornost posvečena zaželeni nepretrganosti otrokove vzgoje in njegovemu etničnemu, verskemu, kulturnemu in jezikovnemu poreklu.*

24. člen

1. *Države pogodbenice priznavajo otrokovo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Države pogodbenice si bodo prizadevale zagotoviti, da ne bo noben otrok prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva.*
2. *Države pogodbenice si bodo prizadevale za popolno uresničitev te pravice in bodo še posebej sprejele ustrezne ukrepe:*
 - a. *za zmanjšanje smrtnosti novorojenčkov in otrok;*
 - b. *za zagotovitev potrebne zdravniške pomoči in zdravstvenega varstva vsem otrokom, s poudarkom na razvoju osnovnega zdravstvenega varstva;*

- c. za boj proti boleznim in podhranjenosti, tudi v okviru osnovnega zdravstvenega varstva, med drugim z uporabo razpoložljive tehnologije in zagotovitvijo dovolj hranljivih živil in čiste pitne vode, upoštevanje nevarnosti in tveganja onesnaženega okolja;
 - d. za zagotavljanje ustreznega zdravstvenega varstva matere pred porodom in po njem;
 - e. za zagotavljanje, da so vsi družbeni sloji, še posebej starši in otroci, obveščeni, da imajo dostop do izobraževanja in podporo pri uporabi osnovnega znanja o otrokovem zdravju in prehrani, o prednostih dojenja, higieni in asanaciji okolja ter preprečevanju nesreč;
 - f. za razvoj preventivnega zdravstvenega varstva, svetovanja za starše ter izobraževanja in storitev v zvezi z načrtovanjem družine.
3. Države pogodbenice bodo z vsemi učinkovitimi in ustreznimi ukrepi odpravljale tradicionalne navade, ki škodujejo zdravju otrok.

34. člen

Države pogodbenice se zavezujejo, da bodo otroka zavarovale pred vsemi oblikami spolnega izkoriščanja in spolnih zlorab. V ta namen bodo države pogodbenice še posebej sprejele vse ustrezne državne, bilateralne in multilateralne ukrepe, s katerimi bodo preprečile:

- a. napeljevanje ali siljenje otroka h kakršni koli nezakoniti spolni dejavnosti;
- b. izkoriščanje otrok v prostituciji ali drugih nezakonitih spolnih dejavnostih;
- c. izkoriščanje otrok v pornografskih predstavah in gradivih.

2.2 Družina kot prostor nasilja

„Ni lahko biti majhen, ubog in sam.

Svet je poln neznanega in poln stvari, ki te strašijo.

In vse, na kar se otrok lahko zanese, so odrasli.

Oni bi morali poskrbeti, da bi bil svet varen, topel in prijazen za otroka.”

(Astrid Lingren, 1947)

V naši kolektivni zavesti je otrok prepoznaven kot veselo, razigrano, brezбриžno bitje z razposajenim nasmeškom na obrazu. Biti otrok ne bi smelo biti boleče. Žal pa se ravno nad njimi pogosto izvaja veliko nasilja, ki je prepogosto skrito za številnimi zidovi, ki jih ustvarja

premoč starejših nad otrokom. Še posebej zaskrbljujoče pa je, da so storilci ljudje, ki jih otrok dobro pozna, jim zaupa, imajo pa moč nad njimi in jo na ta način tudi izkoriščajo.

Nasilje nad otrokom se pojavlja povsod. V družinah vseh vrst, bogatih, revnih, velikih, majhnih, izobraženih in neizobraženih, itd..

Dejstvo pa je, da obstajajo nesporne razlike med družbami. V eni družbi so določeni pojavi dopustni in to ljudje dojemajo kot sredstvo socializacije, vzgoje, v neki družbi pa je to početje kaznivo dejanje oziroma se ga smatra kot obliko nasilja.

Vemo, da krivice, nasilje, zlorabe, lahko usodno vplivajo na otrokovo nadaljnje življenje in mu onemogočajo razvoj v zrelo, odgovorno osebnost.

Postavlja pa se vprašanje, kje so meje vzgojnega kaznovanja, saj bi tako lahko dilemo jasno razmejili – kaj je nasilje in kaj ni. Večja zapostavljenost in pretirana kontrola s strani staršev, nizka povezanost družinskih članov so pokazatelji, ki govorijo v prid slabim odnosom med otroki in starši. Problem predstavlja nedoslednost v vzgoji kot izločanje otroka iz družinskega življenja, zapiranje v sobo, ostre kazni. Dokazano pa je, da imajo otroci, ki so razvili motnje osebnosti, starše, ki so tudi sami imeli podobne motnje. Gre za pomen genetičnih dejavnikov, saj otrok lahko podeduje dispozicijo za te motnje. Prav v dejstvu, da nasilne "metode" vzgajanja najpogosteje uporabljajo starši, ki so bili sami v večji ali manjši meri žrtve nasilja, se najbrž skriva ključni razlog za to, da je spreminjanje teh vzorcev tako počasno in dolgotrajno

(27).

Raziskava, ki so jo pri ZPMS (Zveza prijateljev mladine Slovenije) s pomočjo FDV (Fakulteta za družbene vede) opravili v letu 2005 na reprezentativnem vzorcu (vprašalnik je vrnilo 1223 staršev, odgovarjale so predvsem matere), je pokazala, da je 68,5 % staršev doživelo telesno kaznovanje v svojem otroštvu in jo pri lastnih otrocih občasno uporablja le 37 % (med njimi 0,6 % pogosto). Velika večina anketiranih (86 %) je menila, da ni prav, da se otroke tepe, zlasti ne s pripomočkom, 71 % jih je menilo, da je milejše telesno kaznovanje potrebno pri vzgoji, na primer udarec po zadnji plati, poteg za uho, itd.. Nekateri raziskovalci zato menijo, da odgovori niso bili povsem iskreni. In kako tepejo slovenski starši? Največkrat z roko (49 %), s palico ali pasom (2,5 %), za lase otroka potegne dobrih

8 % staršev, z vodo pa jih polije 1,8 %. Po tej raziskavi le dobra tretjina podpira zakonsko prepoved telesnega nasilja, tretjina pa se ni znala odločiti (2).

Na drugi strani pa je življenje z motenimi ali psihično bolnimi starši pomemben dejavnik, ki vpliva na pojav motenj pri otroku.

Že literati so se ukvarjali s tem problemom. Prežihov Voranc ga je najbolj določno izrazil v že večkrat citiranem odstavku iz novele Jirs in Bavh: »To, kar človek doživlja v mladih letih, kar se kali skozi otroško dušo, to ostane odločilno pri odraslem, iz tega rastejo nagibi, dejanja. Če se ti v mladih letih do česar koli vsadi ljubezen ali sovraštvo, to ostane in se pozneje rado v taki ali drugi obliki pokaže.«

Družina naj bi bila prostor, ki daje otroku optimalne možnosti za emocionalni in socialni razvoj. Pomembna je tudi za vzgojo. Znotraj družine naj bi otrok izoblikoval vedenje, ki je pomembno za nadaljnje življenje. Družina otroka pripravi na vstop v njegovo socialno skupino s tem, da privzgoji določene norme in stališča (3).

Družina naj bi bila kraj, kamor se posameznik zateče pred napetostmi in očmi javnosti ter najde razumevanje, ljubezen in podporo pri družinskih članih. Družina je prostor, kjer je obseg formalnega in neformalnega družbenega nadzora omejen, zato je zasebnost družine močno povezana z možnostjo nasilnega vedenja (4).

Rutter s sod. (1975) je v študiji identificiral šest družinskih spremenljivk, ki so povezane z motnjami vedenja, kot so nesoglasja med starši, nizek socialni nivo oziroma ekonomski status, kriminaliteta staršev, velika družina, psihiatrične motnje staršev in oddaja v skrbništvo. Pomembna pa je ugotovitev, da noben od naštetih dejavnikov ni bil povezan z motnjami, če je obstajal posamezno. Ko sta se pojavila dva, se je tveganje povečalo za štirikrat. Zato je zelo pomembna interakcija posameznih spremenljivk.

Pogosto se problem nasilja omenja le v družinah z nižjim socialno-ekonomskim stanjem, ki so povezane z revščino, stanovanjsko stisko in drugimi pomanjkljivostmi. Zavedati pa se moramo, da je nasilje pogostokrat prisotno tudi v višjih socialno-ekonomskih družinah. Te družine so predstavljene oziroma poznane kot ugledne družine in le zaradi takega ugleda je nasilje pogosto prikrito pred javnostjo in ga je zato težje ugotoviti.

Nasilje se pogosteje dogaja v družinah, ki so psihosocialno motene, neurejene in dezorganizirane. Odnosi med starši so običajno konfliktni, nevzdržni, prisotni so pretepi med člani družine. Možje so premalo odgovorni do svojih otrok, matere pa so pogosto podrejene, nezmožne, da bi se uprle nasilnemu ravnanju z otroki, saj so tudi same največkrat žrtve nasilja (5).

Kos-Mikuševa (5) je razlage nasilja razdelila nekako takole:

1. **biološka razlaga** (tip odzivanja, človeku lastna biološka zaloga agresivnosti, psihopatija, čustvena labilnost, zloraba alkohola in drugih substanc, impulzivnost, eksplozivnost, duševno bolezen, nezrelost);
2. **socialno-psihološka razlaga** (nasilje je proizvod socialnega učenja – če je nasilno vedenje del družinske kulture ali družbene skupnosti ali širše družbe, obstaja večja verjetnost, da se bodo ljudje nasilja posluževali tudi v odnosu do drugih in tudi do otrok);
3. **interpersonalna razlaga** (nasilje je posledica neugodnih interakcij med ljudmi in slabih izkušenj z drugimi);
4. **sociološka razlaga** (revščina, prenaseljenost, nezaposlenost, socialno pogojeni stres, organizirano nasilje in vojna dogajanja, ki povečujejo stopnjo nasilja v družbi in ekonomsko izkoriščanje otrok);
5. **viktimološka razlaga** (mnogi otroci, ki so žrtve nasilja, imajo značilnosti, ki prispevajo k temu, da jih odrasli trpinčijo, npr. nemirno vedenjsko težavnost, mentalno prizadetost)
6. **kulturni in ideološki vplivi** – vzgoja je kulturno pogojeno vedenje, razlike so v tem, kaj je dovoljeno in kaj ne (obred obrezovanja ženskega spolovila pri deklicah v afriških državah); to ostaja pravilo obnašanja v družini in družbi.

Nasilje v družini pogosto izvira iz stisk posameznika, ki so posledice omejevanja njegove zasebnosti v družini. V družini se namreč med seboj nadzorujejo, prilagajajo, podrejajo, zato je v družini malo zasebnosti (6).

Nasilje se odvija v popolni, matični družini, za katero je značilno, da se kot sistem vzgoje pojmuje “trda roka” – to je najprimernejši vzgojni ukrep za odmerjanje kazni. V družinah, v katerih je pogosto prisotno nasilje, so odrasli usmerjeni predvsem vase, pomembni so odrasli, otroci pa so nekaj, kar je bilo odraslim dano. Otroci so zato objekti brez lastnih želj in se

počne, kar se hoče. Danes ni več tako, saj so otroci pravno zaščiteni subjekti. Lahko rečemo, da tam, kjer se pojavlja nasilje, je le-to povezano s spremenjenim družbenim položajem otroka.

2.2.1 Nasilje nad otroki skozi zgodovino

Kjer so otroci, mora biti doma tudi šiba, to je stara resnica in pravica. "Kjer ni pri deci šibe strahovalke, tudi pokorščine ni ..." "Oča in mati brez šibe in pa kralj brez meča izgubijo hitro čast in oblast." "Šiba strahovalka se ne sme za tramom posušiti; zakaj suha šiba se rada zlomi in malo pomaga; za potrebo mora peti, toda modro in po pameti" (Anton Martin Slomšek).

To so srhljivo zvoneča vzgojna priporočila, katerim se ne gre čuditi. Znameniti mož je bil otrok svojega časa, ne boljši in ne slabši od svojih sodobnikov. Otroke so tedaj "vzgojno" tepli tako duhovniki in učitelji, tako moški kot ženske. Manj razumljivo pa je, da ima za "Slomškove" metode dve stoletji kasneje takšno razumevanje še veliko ljudi. V Slomškovem času otrok dejansko ni veljal za "pravega" ali za "celega" človeka, ki bi mu bila priznana integriteta in človekovo dostojanstvo, ampak le lastnina staršev in v vzgojo se ni smel nihče vtikati. Starši so bili lastniki svojih otrok in so z njimi počeli, kar so hoteli. Naloga otroka je bila ubogljivost in naloga vzgojitelja, da ga to nauči z roko, jermenom, ravnilom, itd..

Otroke so skozi zgodovino pohabljali predvsem iz verskih, zdravstvenih ali kozmetičnih razlogov. Proti koncu 13. stoletja je bil v Angliji izdan zakon za zaščito deklet – kaznivo dejanje je bilo posilstvo deklic, mlajših od dvanajst let, in nekaj sto let kasneje so izdali podoben zakon za zaščito dečkov. Kako je to pripomoglo? Otroci so že pri štirih, petih letih fizično pomagali staršem pri delu ali pa so jih oddali kot delovno silo k premožnejšim družinam. Otroci so tako bili ločeni od svojih staršev, čustev med njimi in starši niso poznali, saj je družina veljala za moralno in socialno, manj pa za čustveno skupnost (7). V 19. stoletju in še dobršnem delu 20. stoletja ni bilo bistvenih sprememb v čustvenih odnosih v družini. Palica in njene mnogovrstne vzgojne različice – jermen, bič, kuhalnica, burkla, pas, lopar, veriga, ravnilo, lopata, itd. so bile na Slovenskem sprejemljivo vzgojno sredstvo. Tudi tisti, ki so bolečino in ponižanja občutili na svoji koži, so kot odrasli podpirali telesno kaznovanje. Fran Levstik se je v svojih pisanjih z bridkostjo spominjal tepežev, ki jih je bil deležen kot otrok, toda kot domači učitelj je tepel in lasal svoje učence. Tudi Janez Trdina je bil kot otrok žrtev krutih kazni. Nekoč ga je sosed zaradi rabutanja za pete obesil na hruško. Čeprav je

odrasli Trdina odkrito priznal, da mu kazen ni prav nič koristila, je kot odrasel mož vseeno zagovarjal mnenje, da "tenka breza ali leska nič ne škoduje", kajti "moralni motivi so za zrelo mladino, ne za male otroke, ki jih ne razumejo".

Med znanimi slovenskimi osebnostmi so v tistem času bili redki, ki so pomislili, da tepež ni nujna sestavina vzgoje. Takšna izjema je bil France Prešeren. Res pa je, da njegovim otrokom to ni pomagalo: klestila jih je mati, Ana Jelovšek. Tisto, kar je morda danes najtežje razumeti, pa ni odnos do "vzgojnega" pretepanja otrok v minulih stoletjih, ki ga je mogoče presojati le v kontekstu časa, temveč odnos kasnejših generacij do tega dela naše kulturne zgodovine, ki je bil zamolčevan in potlačen skoraj do današnjih dni. Še več: miti o trdni in zdravi slovenski kmečki družini so še danes humus dokaj razširjenega prepiranja o nekdanjih srečnih časih za družino in otroke v njih. Za kmečke matere sta bili pomembni ravnodušnost in brezbriznost do otrok, kar se kaže tudi tako, da je bilo veliko smrti dojenčkov, pomanjkljiva vzgoja, saj je potekala kot integralni sestavni del vseh delovnih in življenjskih procesov znotraj gospodinjstva. Zaradi utesnjenih stanovanjskih razmer in s tem pomanjkanja postelj so bili starši in otroci prisiljeni spati skupaj, zato je obstajala možnost, da je prihajajo do spolnih zlorab, medtem ko so bili otroci meščanskih družin večkrat osamljeni in izolirani, saj so jih starši zapirali v domove, da ne bi imeli stikov s pripadniki nižjih družbenih slojev.

Konec 19. stoletja so se z odkritjem žarkov X odprle možnosti zdravnikom, saj so tako lažje ugotavljali zlome oziroma poškodbe kosti.

Da je resnica drugačna, da je bila domača izba pogosto prostor nepredstavljivega psihičnega in fizičnega trpljenja otrok, pogosto seveda tudi njihovih mater, in da jo moramo vzeti za svojo tako kot mnogi drugi narodi po Evropi in svetu, je prva opozorila Alenka Puhar s svojim izjemnim delom *Prvotno besedilo življenja*, v katerem je na podlagi številnih virov orisala, kako so v 19. stoletju na Slovenskem ravnali z otroki.

Velike spremembe na področju družinskega življenja je prinesla industrializacija, konstruirale so se moderne družine (konstruiranje novih družbenih vlog, kot so materinstvo, očetovstvo, otroštvo) (8). Ženske in matere so se začele umikati v javno sfero, začele so delati v industriji. Vedno večji je bil nadzor družine s strani socialnih služb, tako so presojali razmere v družini oziroma ustreznost življenjskih pogojev do otrok. Tako so ogrožene otroke (starši alkoholiki, zanemarjanje, itd.) premeščali v ustrezne domove. To je bil čas nastanka nuklearne družine,

za katero je značilna visoka stopnja zasebnosti, močne čustvene vezi med člani družine ter poudarek na vzgoji otrok, emocionalnost med otrokom in staršem (8).

V poznih osemdesetih in zgodnjih devetdesetih letih je sledilo obdobje pluralizacije. Nastajale so enostarševske, istospolne družine, zunajzakonske življenjske skupnosti, itd.. Poleg tega družine danes spremljajo mnogi postmoderni fenomeni – LAT-faza (angl. Living Apart Together), kar pomeni podaljševanje mladosti, starševstvo v poznejših letih, zmanjševanje število otrok v družini, več zunajzakonskih družin, več razvez, večjo participacijo očeta pri vzgoji otroka in s tem se je razvil fenomen “protektivnega” otroštva, ki se kaže v vedno bolj intenzivni skrbi za otroke, za njihovo blaginjo, izobraževanje, itd..oziroma čim boljših pogojih otroške eksistence in blaginje (8).

Položaj otroka v družbi skozi čas se je močno spreminjal vse do danes, ko so pravice in dolžnosti staršev in otrok zapisane v zakonskih predpisih in aktih, s čimer je prišlo do spremembe dojemanja otroštva. Toda to ni odpravilo nasilja v družini, danes lahko govorimo še o najbolj prikriti deviantnosti, saj se storilci zavedajo ukrepov, ki jih lahko doletijo v primeru odkritja. Nasilje ni izkoreninjeno, ampak je postalo le manj družbeno sprejemljivo (3). Nujno potrebna je zaščita otrokovih pravic. Leta 1962 je v liberalni Ameriki trpinčenje otrok postalo tema, ko je izšla knjiga Sindrom tepenega otroka, ki jo je napisal ameriški pediater Henry Kempe. Po objavi knjige, ki je šokirala Američane in svet, so se v strokovnem medicinskem tisku pomnožile objave na to temo. Pretresljive Kempejeve ugotovitve so odmevale tudi na Slovenskem.

Znani ljubljanski pediater dr. Pavle Kornhauser je prvi opozoril na hude oblike trpinčenja v družini. Prav po njegovi zaslugi je v Ljubljani leta 1979 potekal prvi simpozij med vsemi socialističnimi državami, na katerem so pediatri spregovorili tudi o tej zamolčani temi. Javnost je bila šokirana in pretresena, za storilce so se zahtevale višje kazni. A to je bilo bolj ali manj vse. Tako je leta 1959 Generalna skupščina Združenih narodov sprejela Deklaracijo o otrokovih pravicah, kasneje leta 1989 pa še Konvencijo o otrokovih pravicah, ki jo je ratificirala tudi Republika Slovenija. Države podpisnice so mednarodnopravno zavezane spoštovati Konvencijo, kjer so zajete vse otrokove pravice ne glede na to, s katerega kontinenta so otroci in kateri kulturi pripadajo. Tudi Kazenski zakonik Republike Slovenije določa zaščito in pravno varstvo otrok ter s tem neposredno grozi tistim, ki bi ogrožali ravnanje z otrokom.

Združeni narodi so si zastavili cilj, da leta 2009 vse državne članice dosežejo dogovor o univerzalni prepovedi telesnega kaznovanja otrok. »Toda najtrši oreh je zakoreninjena miselnost, da otrok ni mogoče vzgajati brez telesnega kaznovanja,« pravi Peter Newell, britanski novinar in pedagog, ki je pred več kot tridesetimi leti ustanovil gibanje End All Punishment of Children (prepovejmo vse oblike telesnega kaznovanja otrok).

Švedska je prva evropska država, ki je zakonsko prepovedala telesno kaznovanje in ponižujoče ravnanje z otroki že leta 1979. Z ozaveščanjem javnosti so število družin, v katerih so kot vzgojni ukrep priznavali klofuto, lasanje ali udarec po zadnji plati, v desetih letih zmanjšali s 50 % na 10 %. Ne gre pozabiti, da so švedski otroci po učnih rezultatih praviloma vedno na vrhu svetovnih lestvic učnih dosežkov.

2.2.2 Alkohol kot vzrok nasilja

Alkohol je eden od poglavitnih dejavnikov nasilja v družini. Izsledki raziskav niso konsistentni glede telesne zlorabe. Kljub temu raziskave kažejo, da imajo starši z anamnezo zlorabe alkohola in drugih drog večji »potencial za zlorabo otrok«. Matere z anamnezo težav z alkoholom bolj verjetno uporabljajo grobe kazni. Glede spolne zlorabe so zaključki na osnovi raziskav naslednji: če je od alkohola odvisen oče, je to dejavnik tveganja za spolno zlorabo otroka s strani družinskega člana, če je od alkohola odvisna mati, je to dejavnik tveganja za zlorabo otroka s strani zunanje osebe (mati otrokom ni sposobna nuditi varnega in negujočega okolja) (9).

Ugotovitve raziskav o povezanosti med alkoholom in nasiljem so različne in se gibljejo med 6 in 85 % deležem nasilnežev, ki so bili med nasilnim vedenjem v družini pod vplivom alkohola (10). Razlike v deležu glede alkoholiziranih nasilnežev so velike zaradi različnih vzorcev in oblik nasilja, lahko so tudi različni podatki, različnih vzorcev, saj nekateri podatki izhajajo iz policijskih statistik, drugi iz izjav samih udeležencev raziskave. Teorije, ki podpirajo to mišljenje, so zbrane pod okriljem »drunken bum theory«. Znotraj te teorije sta se razvili *dezinhibicijska teorija* ter *teorija socialnega učenja in zanikanja deviantnosti*.

Dezinhibicijska teorija govori o neposredni povezavi med alkoholom in nasiljem v družini in izhaja iz domneve, da alkohol sprosti zavore in spremeni presojo – alkohol učinkuje na osrednje živčevje tako, da vpliva na delovanje možganov in s tem na delovanje superega ter s

tem omogoča sproščanje jeze. Alkohol naj bi slabil inhibitorne dejavnike za nasilno vedenje, zato se ta usmeritev tudi imenuje dezinhibicijska teorija (4). Ne obstajajo pa empirični dokazi, ki bi dokazali neposredno vzročno povezavo med alkoholom in nasiljem.

Teorija socialnega učenja in zanikanja deviantnosti sloni na predpostavki, da se ljudje z opazovanjem naučijo, da se posameznikom oprosti ali odpusti ravnanje, ki ga storijo pod vplivom alkohola (3). »Biti vinjen« torej za posameznika predstavlja primeren izgovor oziroma opravičilo za nasilno dejanje v takšnem stanju ter tako služi za nevtraliziranje nasilja nad družinskim članom. Raziskave kažejo tudi, da so otroci staršev, ki uživajo opojne substance, v trikrat večji nevarnosti, da se bo nad njimi izvajalo nasilje in štirikrat večji nevarnosti, da bodo zanemarjeni, kot otroci staršev, ki nimajo teh problemov (11).

Razlog za nasilnost ni samo prisotnost alkohola, čeprav ostaja prepričanje laične javnosti, da je alkohol glavni povzročitelj. Vsekakor razloga za nasilnost ne gre vedno pripisovati enemu samemu dejavniku – alkoholu, ker sta lahko alkohol in družinsko nasilje odraz nekega tretjega dejavnika ali celo več dejavnikov. Povezava med alkoholom in nasiljem v družini je lahko posredna. Posredniki med alkoholom in nasilnim vedenjem so različni in se pojavljajo na individualni ravni (stresi, porušeni odnosi med partnerjema, finančne težave, brezposelnost, kot strukturni ravni (revščina) ali kulturni ravni (norme, ki ga opravičujejo kot obliko moškosti).

Alkoholizem in nasilje v družini sta dva ločena sindroma, ki v praksi pogosto soobstajata. Razmerje med njima je še vedno vprašljivo, saj niso ugotovili neposredne povezave med alkoholom in nasiljem v družini (4).

2.3 Telesne poškodbe pri otrocih kot posledica namernih nasilnih dejanj v družini

O telesnem trpinčenju otroka govorimo, kadar oseba, ki skrbi za otroka, namerno ali zaradi izgube samokontrole povzroči telesno poškodbo. Med posameznimi kulturami obstajajo znatne razlike glede meje, do katere so načini telesnega kaznovanja še sprejemljivi, saj gre velikokrat za prekrivanje agresivnosti z opravičilom, da je dejanje storjeno z vzgojnim namenom.

Število ugotovljenih in obravnavanih primerov je vedno manjše od resničnega števila trpinčenih otrok, saj pojav primerjajo z ledeno goro, ugotovljeni in obravnavani primeri predstavljajo le njen vrh.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije je v zadnjih desetih letih zaradi namernih poškodb po tretji osebi (ne le zaradi nasilja v družini) bilo hospitaliziranih 1106 otrok in mladostnikov, od tega je poškodbam podleglo 33 otrok. Vprašanje je, ali je teh pojavov v resnici več, kot jih je bilo v preteklosti, ali pa je to večje število znanih primerov posledica večje osveščenosti.

Na Inštitutu za kriminologijo Pravne fakultete v Ljubljani so napravili anketo o opaženih primerih slabega ravnanja z otrokom in ugotovili, da je v Sloveniji bilo letno trpinčenih med 2400 in 4000 otrok, od tega polovica telesno trpinčenih, ena tretjina pa zanemarjenih.

Poškodbe pri trpinčenju otroka so lahko komaj opazne, lahke ali pa življenjsko ogrožajoče. Poškodovani so lahko koža, podkožje, glava in osrednje živčevje, prsni koš, trebuh, okostje. Med mehanizmi poškodbe so možni udarci, zmečkanja, zvini, potegi, oparine, opekline, itd..

a) Poškodbe kože in podkožja

So najpogostejše pri telesno trpinčenem otroku. Vidne so modrice, ki so posledica krvavitve v usnjici kože ali podkožju kože, iz kapilar ali drugih žil zaradi topih povzročenih sil. Barve modric se sčasoma spreminjajo in so lahko številne na različnih delih telesa, ki so lahko različno stare. Nahajajo se na licih, trebuhu, stegnih, zadnjici, itd.. Vemo, da so modrice pri otroku, ki še ni shodil, najverjetneje znak zlorabe. Na koži so vidne sledi na primer v obliki roke, od udarcev s pasom, žico, krožno na gležnjih, zapestjih, okoli trebuha zaradi zvezanja z vrvjo, ob ustnih kotih zaradi prevezanja čez usta. Če so pri otroku vidne pikčaste krvavitve okoli oči in istočasno vidne modrice na vratu je to znak davljenja. Ko na otrokovi koži opazimo sledove ugrizov, moramo ločiti, ali gre za človeški ali živalski ugriz. Kot vemo žival raztrga tkivo, človek pa ob ugrizu stisne tkivo med zobmi in tako na mestu nastane le kontuzija (udarnina).

Po podatkih v literaturi je v Sloveniji prisotnih 10 % poškodb zaradi opeklin in oparin. Opekline lahko nastanejo zaradi stika z vročim predmetom, na primer viden je odtis likalnika. Opekline pa lahko nastanejo zaradi potopitve v vročo vodo, vidna je opečena koža na zadnjici

in presredku, lahko pa so opečene le roke in noge v obliki rokavice, ker jih na silo potiskajo v vročo vodo.

b) Poškodbe glave in CŽS (centralni živčni sistem)

Poškodbe glave in CŽS predstavljajo največji delež umrljivosti in zbolewnosti kot posledico trpinčenja. Gre za silovit udarec v glavo ali pa silovito stresanje otroka, t. i. » *Shaken Baby Syndrome*« (SBS), kar je najpogostejše vzrok smrti dojenčkov nekje do dveh let starosti. Nastane zaradi silovitega stresanja otroka, katerega glavica je v primerjavi s telesom velika in težka, vratne mišice pa slabotne, privede do prekinitve ven in kapilar in tako na vse zadnje do krvavitve v subduralni prostor. Včasih pride do poškodb zgornje vratne hrbtenice, ki so prav tako povsem značilne za stresanje. Neposredni udarec v glavo je lahko vzrok subduralnega hematoma, ki se kaže s krči, nezavestjo in komo.

Prisotna kri za bobničem govori za zlom lobanjske baze. Vidno je tudi pomanjkljivo lasišče, kar je posledica puljenja las. Padci s kavča, previjalnih miz, po stopnicah otroku po navadi ne povzročajo resnih poškodb glave.

c) Poškodbe na obrazu

Ob močnih udarcih v obraz se zlomijo in premaknejo obrazne kosti. Neposreden udarec v nos privede do poškodbe nosnega pretina, zloma nosnih kosti ali poškodbe hrustanca. Pri topih pošodbah očesa lahko nastane hematoma okoli očesa, krvavitev v očesni mrežnici in pod očesno veznico, premaknjena je očesna leča, itd.. Zaradi povzročenih silovitih udarcev vidimo razmajane in manjkajoče zobe, zlom spodnje čeljusti in poškodbe bobniča. Zaradi prisilnega hranjenja so na ustnicah vidne odrgnine, modrice jezika in opekline ust. Poškodbe uhljev so posledica navijanja uhljev, kjer vidimo t. i. cvetačaste uhlje.

d) Poškodbe prsnega koša

Najpogostejše poškodbe prsnega koša so značilni zaporedni zlomi reber, kar lahko posledično privede do pnevmotoraksa (ko zrak zaradi predrtnja popljučnice iz pljuč uhaja v prsno votlino). Vidna je deformacija prsnega koša, motnje dihanja, itd.. Zlom reber je lahko posledica fizične zlorabe zaradi stisnjenja z rokami – posledica precejšnje sile.

e) Poškodbe okostja

Vidne so otekline, občutljivost, omejena je gibljivost udov, spremenjena je oblika dolgih kosti, ki govori za svež ali starejši zlom. Bolečine, zatečeni sklepi, spremembe (iznakaženost) dolgih kosti pri zlomih, katerih nastanek ni ustrezno pojasnjen, kot na primer zlomi pri dojenčkih oz. otroku, ki še ni shodil. Ugotovitve na okostju, ki zbujejo sum na zlorabo, so tako spiralni zlomi dolgih kosti, ki nastanejo zaradi zvijanja okončine pri otroku, možni so tudi prečni in poševni zlomi dolgih kosti. Večkrat so prisotne poškodbe v predelu komolca, ko gre za izpah, kar se kaže kot otekel in boleč sklep, posledica precejšnje sile, ko starš potegne otroka za roko z vso silo.

f) Poškodbe trebuha

Poškodbe trebušnih organov so drugi najpomembnejši vzrok smrti otrok zaradi nasilja. Trebušna stena pri otroku je zelo elastična, zato so na koži vidne le blage udarnine ali pa še te ne. Poškodbe nastanejo večkrat zaradi neposrednih udarcev na trebuh, kar lahko privede do počene vranice. Otroku bruha, vidna je oteklina, prisotni sta napetost in občutljivost trebušne stene.

g) Poškodbe spolovil in danke

Vidni so rdeči madeži, rane, krvavitve v ustih, vulvi, vidni so sledovi ugrizov in podpludbe na trebuhu, prsih, zadnjici, stegnih, itd.. Otroku ima bolečine pri uriniranju ali pri opravljanju potrebe. Pogostost srbenja, drgnjenja in praskanja po spolovilu. Zasledimo vnetje sečevoda, vnetja grla, otrok toži da ne more požirati slin in neprestano pljuva. Prisotni so hripavost, kašelj, bruhanje. Toži, da ga boli trebuh, ima pogoste driske ali zaprtja. Vidne so odrgnine in raztrganine spolovila, ki niso nastale nenamerno. Slab tonus analnega sfinktra je lahko posledica ponavljajočega se spolnega zlorabljanja otroka.

Poleg znakov poškodb moramo biti zdravstveni delavci pozorni na nespecifične znake, ki so predvsem posledica otrokove čustvene prizadetosti, kajti vsaka namerno oziroma nenamerno povzročena telesna poškodba pušča posledice tudi na otrokovi psihi.

V razgovorih s starši ali skrbniki in drugimi odraslimi osebami iz neposrednega otrokovega okolja po navadi kot okoliščino poškodbe izpostavijo neki prostor v stanovanju ali predmet v tem prostoru, na katerem naj bi se otrok poškodoval. V kuhinji tako največkrat omenjajo štedilnik in še posebej pečico pri štedilniku. Prav tako navajajo, da so nevarni stoli in predali.

Naslednji takšen prostor, ki ga omenjajo, je kopalnica. Tu se otroci najpogosteje poškodujejo v kopalni kadi in pod tušem z vrelo vodo iz tuša. Prav tako so večkratni opisi padcev po stopnicah, igralih ali pa pri igri z bratcem ali sestro.

2.3.1 Pregled otroka v pediatrični ambulanti, s poškodbami, za katere lahko sklepamo, da so posledica nasilja v družini

Pri obravnavi poškodovanega otroka kot posledica nasilnega dejanja znotraj družine zdravstveni delavci naletimo na številne dileme, saj moramo prvotno varovati otrokove pravice. Te pravice so pravica do kakovostne oskrbe, do varovanja njegovih pravic, do avtonomije in ne nazadnje do srečnega otroštva. Obravnava otroka se v načelu bistveno ne razlikuje od obravnave odraslega. Potrebno je neprestano opazovanje in pri tem prisluhniti vsem, ki vedo kaj povedati o dogodku. Zlasti neskladja med izjavami nam lahko dajo namig o morebitnih prikritih problemih. Vzporedno z medicinsko oskrbo ugotavljamo tudi mehanizem poškodbe, okoliščine poškodbe in morebitnega povzročitelja poškodbe. Pri vsakršnem ukrepanju moramo pridobiti pristanek staršev ali v tistih okoliščinah odgovornega za otroka.

Poškodovani otroci, ki so lahko žrtve nasilja, pridejo v bolnišnico na zahtevo zdravnika splošne medicine oziroma pediatra, z napotnico na željo samega starša. V nujnih primerih, kjer je bilo prisotno nasilno vedenje s strani samega starša moteče za bližnjo okolico, jih pristojnim strokovnim službam prijavijo bližnji sosedi in so tako poškodovani otroci pripeljeni z PHE (prehospitalno enoto) ali pa z reševalci.

Če ni prisotnega starša oziroma skrbnika, se o dogodku in okvirnem stanju otroka obvesti policijo, ki nato obvesti starše.

Pri obravnavi se otroka vedno celostno pregleda, zato prosimo starše, če so prisotni, naj otroka v celoti slečejo, pri tem pa jim lahko pomaga tudi medicinska sestra.

Za postavitev pravilne diagnoze in ugotovitev, da bi lahko bile poškodbe pri otroku posledica zlorabe, je zelo pomembno, da posumimo na to možnost v vseh primerih, ko klinična slika ne govori o nenamerni poškodbi. Pri jemanju podatkov, kako je prišlo do poškodbe, smo pozorni na izjave staršev ali drugih udeleženih oseb, ki nezadovoljivo opisujejo potek dogodka, zlasti

ko nezgoda ni v skladu z razvojno stopnjo otroka. Tako npr. spiralni zlom stegenice pri 6-tedenskem dojenčku ne more biti »slučajen«, saj otrok še ni shodil.

Na trpinčenje se posumi, če so prisotni znaki predhodnih poškodb, zlasti na okostju, ki jih starši ne znajo razložiti. Posebej velja pozornost posvetiti multiplim poškodbam, ki jih je težko razložiti, da bi nastale naključno. Iz izkušenj tudi vemo, da prihajajo starši s poškodovanim otrokom po nujno medicinsko pomoč, ker upajo, da bo takrat pozornost zdravstvenega osebja manjša. Jemanje anamnestičnih podatkov od otroka, zlasti če gre za spolno zlorabo, terja posebno spretnost. Pri fizikalnem pregledu otroka, pri katerem obstaja sum na trpinčenje, je treba biti pozoren na specifične znake (31):

- **Koža in podkožno tkivo:** išče se znamenja slabe telesne nege, kožna vnetja, ugrize insektov, opekline, ožganine, modrice in rane, podkožne krvavitve ali podplutbe, opraskanine, pomanjkljivo lasišče.
- **Okostje:** občutljivost, oteklina, omejena gibljivost udov, spremenjena oblika dolgih kosti, ki govori za svež ali starejši zlom.
- **Glava:** nepravilna oblika zaradi poškodbe lobanje. Iščemo klinična znamenja za krvavitve v možganski ovojnici ali za poškodbe možganov (otrplost tilnika, komatozno stanje).
- **Oči:** vidne so poškodbe zunanjih očesnih delov, očesne leče; s preiskavo očesnega ozadja najdemo krvavitve v mrežnici, ki so najpogostejše posledica stresanja otrokove glave ali celo udarjanja ob podlago. Nastanejo verjetno zaradi povečanega pritiska v predelu glave ali tudi prsnega koša ob pritisku nanj. Take poškodbe so po poročilih iz strokovne literature prisotne tudi v 40–60 % trpinčenja otrok. Krvavitve pod veznico lahko poleg poškodbe očesa skrivajo hujšo poškodbo glave ali možganov.
- **Ušesa:** poškodbe uhlja – ožganine uhlja s cigaretim ogorkom, poškodbe bobniča zaradi silovitega udarca.
- **Obraz:** podplutbe okrog oči, kar je lahko znamenje zloma lobanjske baze, krvavitve iz nosu, premaknjen nosni hrustanec, zlom čeljusti.
- **Usta:** raztrganine ustnice, razmajani ali manjkajoči zobje, opekline ustnic in jezika.
- **Vrat:** na koži vratu znamenja davljenja.
- **Prsni koš:** omejeno gibanje prsnega koša zaradi bolečin pri poškodbi reber in/ali ključnice.
- **Trebuh:** občutljivost zaradi poškodbe trebušnih mišic, napetost ali občutljivost trebušne stene pri poškodbi trebušnih organov.

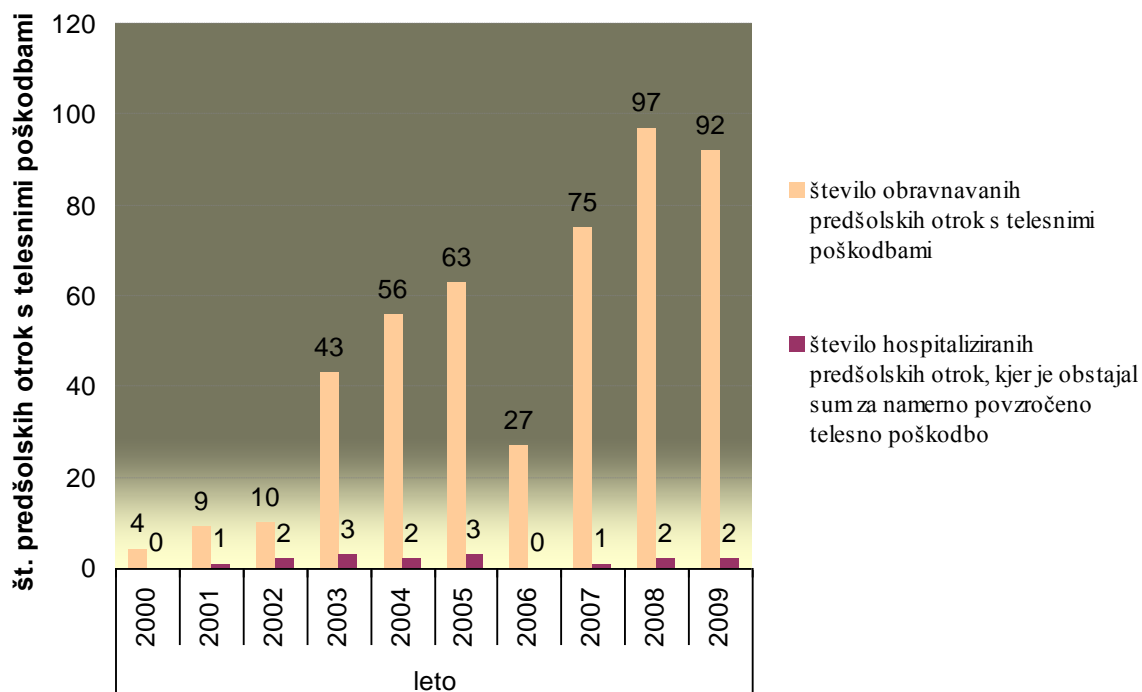
- **Spolovilo in danka:** vidne poškodbe, zlasti pri spolni zlorabi.
- **Udi:** občutljivost pri premikanju, zatečeni sklepi, spremembe – iznakaženost dolgih kosti pri zlomih.

Naš sum na trpinčenje se bo potrdil, če se ugotovi znake svežih in starih poškodb, zlasti na okostju. Nadaljnja diagnostika, predvsem pa rentgensko slikanje okostja, bo pojasnilo naravo in obseg poškodbe. Pri otroku, kjer starši navajajo (lažno) pogoste krvavitve in ugotovimo prisotnost pikčaste krvavitve na koži, bodo krvne preiskave (koagulogram) razjasnile, ali gre morda za prirojeno ali pridobljeno krvno bolezen.

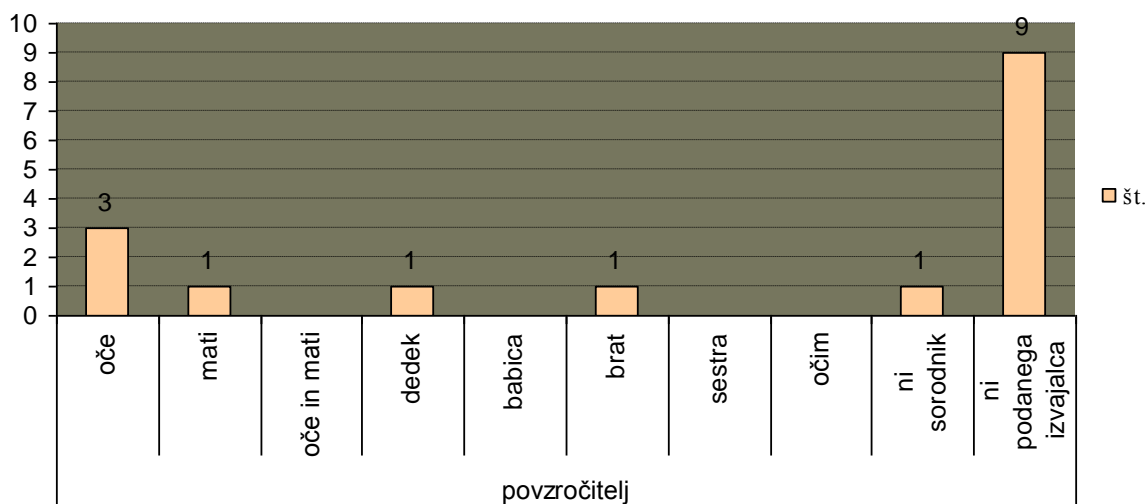
Zaradi možnega sodnega postopka vse ugotovljene spremembe fotografiramo kot dokazno gradivo (barvni posnetki). Najboljše je opraviti natančen opis, v katerem označimo velikost spremembe (boljše je v cm). Izjemnega pomena je, da so vsi podatki, ki jih imamo ali jih posredujemo, natančni in objektivni. Subjektivna opažanja, ki so prav tako pomembna, zabeležimo posebej.

Otrok, ki lahko pri pregledu sodeluje, predšolski otrok, bo presenetljivo miren, plašen in bo tiho, odgovarjal bo kratko na vprašanja zdravnika ali medicinske sestre, predvsem, če bodo prisotni starši.

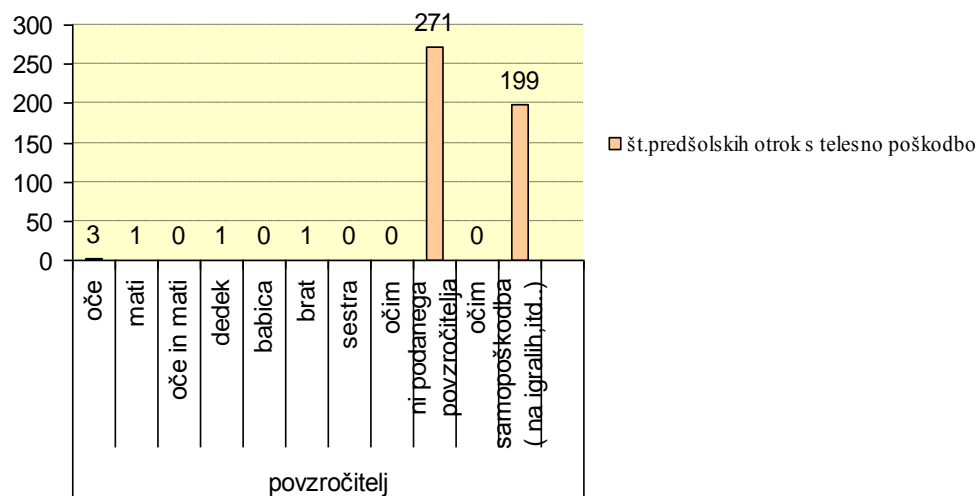
Podatki v Splošni bolnišnici Izola na Oddelku za pediatrijo zaradi telesnih poškodb kažejo, da je bilo zaradi telesnih poškodb v zadnjih desetih letih (2000–2009) zabeleženih 66 % poškodb kosti, sklepov, 30 % poškodb glave, 3 % poškodb trebuha, 1 % ostalih poškodb (opekline, zaužitje tujka, opiatov, itd.) (29)



Graf 1: Število obravnavanih otrok s telesnimi poškodbami oziroma število hospitaliziranih predšolskih otrok, kjer je obstajal sum, da je poškodba pri otroku namerno povzročena. (29)

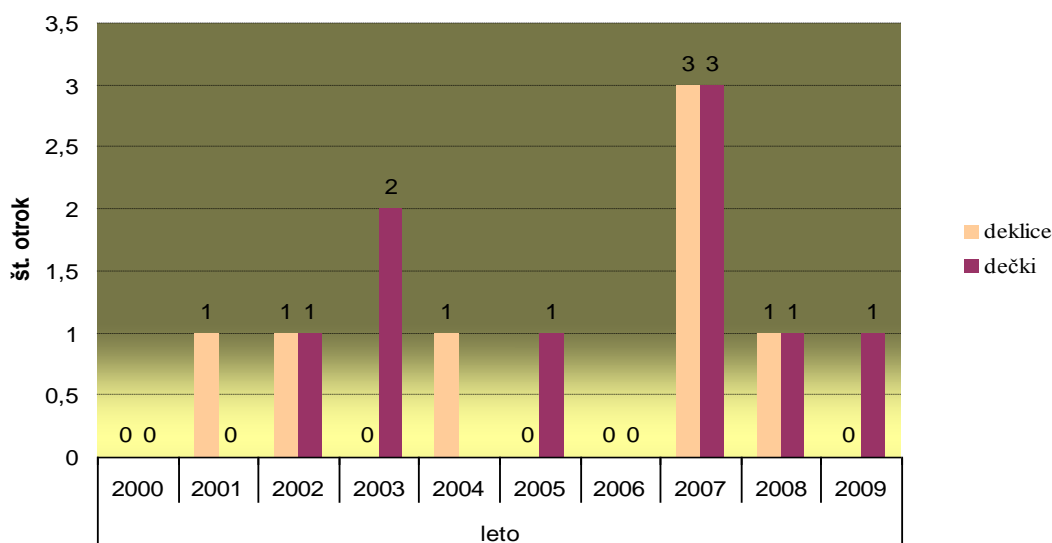


Graf 2: Dokumentirani povzročitelji poškodb pri hospitaliziranih otrocih bolnišnice Izola v preteklih 9 letih, kjer je obstajal sum na namerno povzročeno poškodbo. (29)



Graf 3: Dokumentirani povzročitelji telesnih poškodb pri otrocih, ki so bili hospitalizirani zaradi telesnih poškodb. (29)

Statistika kaže, da je bilo v zadnjih desetih letih hospitaliziranih več dečkov kot deklic.



Graf 4: Hospitalizirani otroci v Splošni bolnišnici Izola glede na spol, kjer je obstajal sum za namerno povzročeno poškodbo v obdobju od leta 2000 do 2009. (29)

Kirurg, ki poškodovanega otroka vidi oziroma ga pregleda, se pogosto ne pogloblja v podrobnosti. Zanj je tisti trenutek pomembna le poškodba. V anamnezi dokumentira, da je poškodba nastala po znani osebi, okoliščin pa natančneje ne omenja, kot vzrok pa pripiše neopredeljen padec. V statusu opiše vidne spremembe na telesu, kot so oteklina, deformacije,

podplutbe in odrgnine. Naroči rentgensko slikanje poškodovanega predela, sledi lahko operativno ali konzervativno zdravljenje. V diagnozo zabeleži prizadete predele in zdravljenje, predpiše analgetik in nadaljnjo kontrolo pri izbranem pediatru. S tem je delo kirurga opravljeno. Večkrat v kirurški pediatrični ambulanti poškodovanega otroka ne vidi oziroma ne obravnava specialist kirurg, ampak specializant medicine, še posebno v popoldanskem in nočnem času. Pregled je najpogostejše usmerjen v poškodbo in v množici poškodovancev, obolelih, zdravnik pregleda le tiste predele, za katere poškodovanec oziroma tisti, ki spremlja otroka, trdi, da so prizadeti. Tako so anamnestični podatki pogosto okrnjeni. Starši pa seveda ne bodo razlagali, zakaj oziroma kako je prišlo do poškodbe. Ničesar takega ni, kar bi že na prvi pogled pomagalo prepoznati storilca.

Opis treh primerov iz lastne prakse ob delu z otroci:

1. primer:

V pediatrično ambulanto Bolnišnice Izola sta bila pozno zvečer pripeljana deklica in deček. Policijo so zvečer obvestili bližnji sosedje, da jim zamaka v stanovanje, zato so vdrli v zgornje stanovanje in našli 13-mesečnega dečka in njegovo starejšo sestrice, staro dve leti in pol. Po opisu dveh reševalcev je bil deček z desno nogico zataknjen z vrvjo za radiator in ni mogel zbežati. V stanovanju je bila poplava zaradi vode, ki je tekla v kopalnici. Otroka sta bila sama doma in zaklenjena v stanovanje. Starša sta bila alkoholika. Deček je bil ob sprejemu zelo prestrašen, bled, po telesu je bilo vidnih več modric in odrgnin. Ena izrazita na čelu, nekaj vidnih podplutb nosu. Imel je vidne odrgnine po vsem prsnem košu, na levi rami vidno ugriznino, na desnem stegnu pa rdečo odtisnino. Po obeh golenih je imel več podplutb, ki so lahko bile posledica padcev. Deklica je bila prestrašena, zadržana, ni še govorila, brez vidnih znakov poškodb.

Po oskrbi (odvzem krvnih preiskav, rentgensko slikanje) sta bila otroka sprejeta na pediatrični oddelek zaradi opazovanja. Zlomi niso bilo prisotni. Starša jih nista obiskovala, le enkrat sta prišla zvečer v poznih urah, ko sta že spala. Po osmih dneh sta bila odpuščena v spremstvu socialne službe in staršev. Nameščena sta bila v Zavod Stična. Starša sicer s srednjo izobrazbo sta bila brez redne zaposlitve.

2. primer:

Mesec dni star deček, ki ga je oče pripeljal v zgodnjih urah v ambulanto zaradi padca s previjalne mize. Oče pove, da je med previjanjem hotel preprečiti padec, ker je zelo živahen,

se je sunkovito obrnil in oče je otroka prijel za levo stegno. Nogica je bila zatečena in na dotik boleča. Otrok je neutolažljivo jokal, tako da komunikacija z očetom ni bila možna. Rentgensko slikanje je pokazalo spiralni zlom stegenice. Dečka se je zdravilo konzervativno z ekstenzijo. Pred poškodbo je deček živel z očetom in babico. Mati se je zdravila v psihiatrični bolnišnici zaradi poporodne depresije. Otrok je bil po enem mesecu zdravljenja odpuščen v spremstvu matere in očeta. Pediatri so o primeru obvestili socialno službo.

3. primer:

Eno leto in pol staro deklico so starši pripeljali v bolnišnico v jutranjih urah – v urgentno ambulanto. Po opisu staršev dežurnemu kirurgu si je deklica med spanjem poškodovala nogico ob robu posteljice, starša pravita, da tega nista videla, ker sta spala. Deklica je ob sprejemu veliko jokala in ni mogla stopiti na nogice. Vidna je bila oteklina levo v predelu stopala, ki je bila na dotik boleča. Z rentgensko sliko goleni je bila ugotovljena luksacija (izpahi) prstkov na stopalu. Deklico so konzervativno oskrbeli, tako da so ji namestili longeto oziroma mavčevo opornico. Otroka je istega dne v dopoldanskem času pregledal še pediater. Po opisu matere, se je hči zvečer igrala oziroma »lovila« s tri leta starejšim bratcem in tako padla. Ob pregledu je pediater ugotovil še oteklino druge nogice in prisotne petehije na uhljih, ki so ob dotiku boleče. Po koži telesa, predvsem na obeh podlahtih in stegnih so bile prisotne številne petehije. Mati je bila ves čas ob otroku, deklica je ob pregledu pediatra jokala in ves čas klicala očeta. Zaradi pordelega grla so opravili še strep A-test, ki je bil pozitiven, zato je bila deklica hospitalizirana in zdravljena še tri dni zaradi prisotne angine. Ves čas hospitalizacije je bil prisoten eden od staršev. Otrok je bil odpuščen domov. Pediatri so ob odpustu obvestili socialno službo.



Slika 1: Petehije na uhljih deklice



Slika 2: Oteklina in poškodovani prstki na nogi

Naloga medicinske sestre je, da zbere vse potrebne informacije o psihičnem, fizičnem in socialnem stanju otroka in družine. Zbere informacije o sedanjem stanju in dogajanju v preteklosti.

V primeru suma, da je telesna poškodba nastala namerno s strani starša, je temeljita anamneza vitalnega pomena. Pisni dokumenti so pravna osnova za intervencijo v dobro otroku. Zapisi morajo biti točni, časovno, krajevno opredeljeni in objektivni. Če negovalna dokumentacija predstavlja pomemben dokument, je pomembno, da je tudi družina dobro predstavljena z vidika čustvene sposobnosti starša, vzorcev komunikacije med staršem in otrokom, s sumom na zlorabo alkohola ali drog in socialnega položaja družine, itd..

V vseh primerih, tudi če gre le za sum na zlorabo, se mora otroku in družinskim članom zastaviti naslednja vprašanja:

- Kako in kdaj se je nesreča zgodila?
- Kje so bili ostali družinski člani v času nesreče?
- Kdo je takrat skrbel in pazil na otroka?
- Kdo je videl nesrečo?
- Kaj je otrok storil po nesreči?
- Kaj so ob tem storili starši?

Medicinska sestra, medtem ko zdravnik pregleduje otroka, zabeleži v negovalni list mesto in vrste poškodbe, izmeri vitalne znake oziroma vse spremembe na otroku in otroka s soglasjem starša fotografira – področje poškodbe. Če starš tega ne dovoli, je potrebno, da to zabeležita v dokumentacijo najmanj dva strokovna delavca.

Glede na vrsto poškodbe zdravnik odredi še dodatne konziliarne preglede pri ortopedu, kirurgu, okulistu, ginekologu, itd. .

Zdravstveni vidik pri obravnavi poškodovanega otroka se je prvotno ukvarjal z vprašanji individualnega nastajanja tega pojava. Kasneje se je pokazalo, da je ta vidik nekoliko preozek in tako ga je nadomestil mikrosocialni model, ki je pri ugotavljanju in obravnavanju problema upošteval le problem družine oziroma okolja, v katerem otrok živi, ter njunega medsebojnega vplivanja. Kaj kmalu je pojav telesnega kaznovanja otroka prerasel še ta model, zato se danes

obravnava v makrosocialnem vidiku, ki ga zanima tudi viktimiziranje s strani posameznih institucij.

2.3.2 Kaj vzbuja sum, da gre pri otroku za poškodbo kot posledico nasilja?

Brez dvoma drži, da nas vsak primer zlorabe otroka čustveno prizadene. Pomen zgodnjega odkrivanja primerov zlorabe je odločilen za preprečevanje hujših primerov poškodovanja, zato moramo čim prej ugotoviti naravo poškodbe. Od trenutka, ko posumimo, da je otrok trpinčen, je dolga, težavna, mučna pot. V anamnezi nam vzbudi sum, kadar starši ali druge osebe, ki so bile prisotne pri dogodku, nezadovoljivo pojasnjujejo mehanizem poškodbe. Velikokrat obstaja neskladje med pojasnili, ki jih podajajo različne osebe. Pomemben je tudi časovni zamik med nastankom poškodbe in kdaj je bil otrok pripeljan v bolnišnico. Včasih opazimo, da starši sploh niso zaskrbljeni zaradi otrokovih poškodb ali bolečine, drugič pa izražajo pretirano zaskrbljenost.

V primerih, ko se posumi, da je telesna poškodba posledica namernega dejanja s strani starša oz. osebe, ki je kakor koli odgovorna za otroka, bi bilo najprimernejše, da se otroka hospitalizira. Velikokrat se zgodi, da otrok v času hospitalizacije opozori, da se mu nekaj neprijetnega dogaja. Otrok z risanjem izraža svoja čustva in razpoloženja. Otrok na primer nariše grozno vznemirjajočo postavo, ki preži nad njim in njega nekje v kotu risbice z neverjetno velikimi solzami med debelimi zidovi. Včasih slike tudi premažejo z debelimi črnimi črtami tako, da jih ni mogoče razločiti. Otrokove risbice oziroma sporočila prihajajo iz njegove podzvesti, iz nezavednega, zato otrokova risba nikoli ne laže, vprašanje pa je, kako jo mi dojamemo. Z risbico otrok lahko pove vse, kaj, s čim in kdo mu je kaj storil.

Sumljivo je, kadar ob pregledu poleg svežih ugotovimo tudi znake predhodnih poškodb, katerih nastanka starši ne morejo zadovoljivo pojasniti. Če najdemo več poškodb, različno starih, in se nahajajo na več delih telesa, nam to pove, da gre za trpinčenje, ki se dogaja dlje časa.

2.3.2.1 Ovire pri odkrivanju pojava

Procesi odkrivanja pojava trpinčenja otroka so miselne, čustvene, vrednostne in tudi etične ter organizacijske narave. Začnejo se v trenutku, ko se sreča s pojavom, ki vzbuja sum na nasilje

nad otrokom. Prvi in glavni razlog je v naravi pojava. Storilci so iz razumljivih razlogov zainteresirani, da bi pojav ostal prikrit. Dejstvo pa je, da pri samem zaznavanju nasilnega dejanja obstaja razumevanje, zakaj otrok ne razkrije kaznivega dejanja. O razlogih, zakaj je tako, je zelo malo zapisanega oziroma so prepleteni s stereotipi (splošno znano je, da se boji, da se mu ne bo verjelo, boji se obsojanja, boji se storilca, itd.). Zavedati pa se je treba, da tako majhen otrok včasih sploh ne ve, da je zlorabljen, zlasti, če storilec poskrbi, da ima otrok občutek, da je to, kar se mu dogaja samo igra oziroma sam ne zna z besedami opisati tistega, kar se mu dogaja, ker je premajhen, lahko pa tudi nima osebe, kateri naj bi zaupal. Poleg tega pa še ne vedo, da ima pravico razpolagati z lastnim telesom. Otrok velikokrat nima komu povedati ali pa se boji povedati, da ne bi bil dodatno kaznovan. Otrok potrebuje čas in prostor, da pove, kaj se mu je zgodilo, predvsem pa da razkrije dejanje. Marsikdaj ima otrok po razkritju dejanja občutek, da je prevaran, ker je mislil, da bo tisti, ki ve za dogajanje, nekaj storil oziroma da ga bo zaščitil pred slabim ravnanjem. Vendar ta oseba ne more takoj spremeniti otrokove situacije zaradi objektivnih ali subjektivnih razlogov. Najpogosteje je ta oseba mati, saj otrok pričakuje njeno zaščito, a ga slednja pogosto razočara in ne stori ničesar ali pa celo stopi na stran storilca. Ovira je tudi v razširjenem mitu, da otrokom ni vsega za verjet. Ko otrok spregovori o slabem ravnanju nad njim, odrasli večkrat ne verjamemo. Pomembna je tudi socialna moč poročevalca oziroma njegov položaj, izobrazba in ugled (12).

Pri zdravstvenih delavcih pogosto obstajajo težave, negotovosti in ovire pri zaznavanju nasilja, kar dodatno ovira učinkovitost delovanja.

Zakaj obstaja toliko zavor in pomislekov pri odzivanju nanj? Razlogi, ki jih lahko upoštevamo, so vsekakor (5):

- zaradi nepoučenosti problema sploh ne zaznamo in ga ne prepoznamo. Znaki psihičnega trpinčenja pri otroku niso lahko prepoznavni za nepoučenega opazovalca;
- znake nasilja opazimo, vendar jih ne razlagamo ustrezno, ker možnost nasilja ni prisotna v naši zavesti ali ker je naša predstava o posameznih starših takšna, da izključuje sum na slabo ravnanje z otrokom;
- ne zavedamo se resnosti pojava oziroma resnosti otrokovega trpljenja, otrokove razvojne, zdravstvene in življenjske ogroženosti;
- ne zavedamo se naših državljskih in poklicnih dolžnosti (ob srečanju s sumom v zvezi z nasiljem nad otrokom ali z očitnim trpinčenjem otroka);

- zaradi podzavestnih ali obrambnih mehanizmov prezremo, pozabimo ali spregledamo dejstva, ki nas opozarjajo na možnost nasilja nad otrokom (srečanje, odzivanje in obravnavanje nasilja nad otroki je mučno, naporno, pogosto travmatizirajoče in zbuja čustva žalosti, občutja nemoči in frustracije ali agresivnosti in jeze do storilca, vselej je spremljano z napetostmi in konfliktnimi okoliščinami);
- zaradi strahu pred storilcem za lastno varnost, varnost svojih otrok;
- zaradi načela spoštovanja zasebnosti družinskih dogajanj in vzgojnega ravnanja z otroki;
- zaradi odpora ob izpostavljanju na sodišču;
- zaradi lastnih vzgojnih meril, ki dovoljujejo kaznovalno ravnanje, če je namen dober;
- zaradi lojalnosti in zaščite interesov, če se nasilje dogaja v okviru ustanove;
- zaradi nepoučenosti, kako ukrepati;
- zaradi slabih izkušenj s prejšnjimi primeri (npr. da so bili poskusi brez učinka ali so še bolj škodovali otroku);
- zaradi strahu, da bi otroku škodovali ter da ga ne bi s pritiski še bolj ogrozili.

Zato prepoznavanje zavirajočih takih dejavnikov znatno pomaga odpravljati psihološke zavore, istočasno pa omogoča bolj smotrno načrtovanje preventivnega in represivnega ukrepanja.

2.3.3 Kdo so trpinčeni otroci?

Ko govorimo o žrtvah, ne moremo mimo vprašanja, zakaj nekateri otroci postanejo žrtve, drugi pa ne.

Statistike kažejo zaskrbljujoče podatke. Žrtve nasilja v družini so lahko otroci vseh starosti, obeh spolov in iz vseh verskih in socialno-ekonomskih skupin. Nekateri otroci pa bolj pogoste žrtve. Tako dečki kot deklice so lahko žrtve fizičnega nasilja.

Med njimi so predvsem nezaželeni otroci:

- pri katerih obstajajo dvomi glede očetovstva;
- želja staršev po drugem spolu otroka,
- otroci staršev alkoholikov oziroma odvisnikov drog,

- otroci iz prejšnjega zakona,
- otroci staršev, ki so v velikih gmotnih stiskah,
- otroci, spočeti v času materine depresivnosti,
- nezaželeni otroci (zaplojeni ob posilstvu), rojeni kljub poskusu splava,
- t. i. hiperaktivni otroci, pri katerih je potrebno več pozornosti, poboljševanja,
- prisotnost obolenja, invalidnost ali duševna manjrazvitost ali druge razvojne motnje, zaradi katerih je otrok bolj težaven ali naporen, tako je vzgoja otroka bolj obremenjujoča za starše in jim hitreje izčrpajo obvladovalne sposobnosti, itd..

Kot vidimo, so fizičnemu nasilju znotraj družine izpostavljeni otroci, ki zahtevajo več potrpljenja, več moči in truda staršev, in tisti otroci, ki v večji meri izzivajo starše s svojim vedenjem. Fizično nasilje je največkrat priučeno obnašanje in otroci, ki so žrtve nasilja, so veliko bolj podvrženi temu, da bodo tudi sami postali nasilneži, kar se prvotno pokaže v odnosih z vrstniki, kasneje pa v odnosu do svojega partnerja in otroka. Otroci, ki živijo v družini z nasiljem, večkrat prevzame enak način vedenja, ki so ga imeli starši do njega, kar še zlasti velja za fantke.

2.4 Oblike nasilja nad otroki v družini

Število odkritih kaznivih dejanj in prekrškov nasilja nad otroki v družini se je v obdobju preteklih desetih let povečalo za 73 %. Ob dejstvu, da so podatki o prijavljenih kaznivih dejanjih in kršitvah le vrh ledene gore, lahko le ugibamo, kakšna je dejanska slika nasilja, ki se dogaja za zaprtimi vrati v krogu družine (13).

Oblike nasilja nad otroki so številne in bi jih v grobem lahko razvrstili v:

- fizično nasilje otroka v družini,
- psihično oziroma emocionalno trpinčenje otroka,
- zanemarjanje otroka,
- spolno nasilje nad otrokom v družini.

Opazamo, da so otroci, ki so se srečali z nasiljem, bolj prestrašeni, imajo občutke krivde in se večinoma počutijo nemočne, ker ne morejo preprečiti nasilja. Počutijo se tudi drugačne od drugih in nasilje skrivajo pred drugimi, saj tako zaščitijo družino. Težko zaupajo ljudem,

zapirajo se vase in imajo običajno izredno slabo samopodobo. Opažamo težave pri govoru, motnje pri prehranjevanju, težave z želodcem, itd.. Med najbolj očitne znake pa sodijo modrice, odrgnine, rane in druge telesne poškodbe (12).

2.4.1 Fizično nasilje nad otrokom v družini

Fizično nasilje je namenska, neslučajna raba fizične sile, ali namenska, neslučajna opustitev ravnanja od staršev ali skrbnika z namenom škodovati, poškodovati ali pokončati otroka (14).

Gre za namerno izkoriščanje ali zlorabo otroka s strani roditelja ali skrbnika v okviru patološkega družinskega okolja in s tem škodljive posledice pri otroku, vključno z motnjami v socialnem in psihološkem delovanju.

Nekateri avtorji uporabljajo tudi izraz fizično trpinčenje, s katerim je povezana tudi sintagma »sindrom trpinčenega otroka«. Gre za stanje majhnega otroka, ki so mu prizadejane resne telesne poškodbe, na splošno od staršev ali skrbnikov (14).

Leta 1868 je francoski zdravnik Ambroise Tardieu opisal primere smrti 32 otrok, zabeležili so jih kot klinične primere »čudne smrti« otrok, tudi Athol Johnson je opisoval primere fraktur dolgih kosti kot posledico rahitisa.

Ne gre spregledati dejstva, da je prišlo do ugotavljanja trpinčenja sto let kasneje. Članek, ki ga je napisal C. Henry Kempe (1961) z naslovom »Battered child syndrome«, je determiniral prepoznavanje fenomena trpinčenja otroka in ga označil kot veliko socialno dramo. Takratne težave s sprejemanjem ideje, da se otroka lahko fizično poškoduje, celo do smrti, so privedle do bistvenih premikov v družbeni zavesti.

Leta 1989 je bila v Angliji ustanovljena organizacija EPOCH (End Physical Punishment of Children), cilj organizacije je bil doseči dokončno prepoved vseh oblik telesnega kaznovanja otrok z informiranjem javnosti in staršev, opravljanjem raziskav in pripravo zakonodajnih sprememb.

Nekatere evropske države so zakonsko prepovedale vse oblike telesnega kaznovanja otrok v družini, in sicer Švedska kot prva (l. 1979), Finska (l. 1984), Danska (l. 1986), Norveška (l.

1987), Avstrija (l. 1989), Ciper (l. 1994), Hrvaška (l. 1998), itd.. V Sloveniji je 1. februarja leta 2008 Državni zbor sprejel *Zakon o preprečevanju nasilja v družini*, ki je podal nove smernice v boju z nasiljem v družini (15), nimamo pa še sprejetega *Zakona o prepovedi telesnega kaznovanja*.

Nedvomno gre za telesno trpinčenje otroka v primerih (12):

- ko je kaznovanje otroka bilo tako hudo, da ima za posledico raztrganine, zlome, zvine sklepov ali znatnejše modrice;
- ko kaznovanje vključuje udarce s trdim ali ostrim predmetom, kot je palica, pas s sponko;
- ko odrasla oseba ob kaznovanju povsem izgubi samokontrolo, kar se kaže z metanjem otroka ob zid ali porivanjem otroka po stopnicah navzdol;
- ko nasilje vključuje neobičajne ali nesprejemljive oblike telesnih poškodb, kot so opekline, oparjenje otroka, da otroka zvežejo in potiskajo glavo pod vodo;
- napadi s strelnim orožjem ali s hladnim orožjem (nož, kij, kladivo, itd.);
- ugašanje cigaret na telesu otroka.

Nekateri otroci morajo dolge ure stati, viseti na rokah, nekatere grizejo, polivajo z mrzlo vodo ali potaplajo v ledeno mrzlo vodo do izčrpanosti, utopitve ali bolezenskih posledic. Pri hudih telesnih oblikah kaznovanja lahko to privede tudi do krvavitve v notranjih organih prsnega koša in trebuha, od smrtno nevarnih pa so pogoste možganske krvavitve.

2.4.2 Psihično trpinčenje otroka v družini

Če poskušamo opredeliti pojem psihično trpinčenje ali emocionalni napad, bi lahko rekli, da gre za ponavljajoče se oblike vedenja, ki naj bi otroka prepričale, da je ničvreden, neljubljen, nezaželen in da je njegova vrednost zgolj v zadovoljevanju potreb drugih. Psihično trpinčenje se lahko pojavlja kot samostojna oblika nasilja nad otrokom znotraj družine, največkrat pa nastopi skupaj z drugimi oblikami nasilja. Najpogosteje pa je spremljevalec fizičnega in spolnega nasilja nad otroki. Res je, da je psihično trpinčenje težje dokazljivo, zlasti če ni spremljevalec fizične kot spolne zlorabe, saj tako ga ni lahko ugotoviti in se zato redko pripelje do državne intervencije, žrtve pa o njem ne poročajo. Vendar pa je ta oblika nasilja

pogosto ključ za razumevanje celotnega trpinčenja. Taka dejanja oškodujejo otroka takoj ali kasneje, ko oslabijo vedenjsko, kognitivno, čustveno in telesno funkcioniranje otroka (15).

Poleg navedenih oblik je posebna oblika psihičnega nasilja nad otroki verbalno ali telesno izraženo nasilje med staršema.

Oglejmo si pet oblik psihičnega nasilja oz. čustvene zlorabe, kot je pogost izraz pri ameriških avtorjih (17):

- **odklanjanje (zavrnitev)** – npr. nesprejemanje primarne navezanosti z otrokom, starši se ga ne dotikajo in ne kažejo naklonjenosti, izključevanje otroka iz družinskih dejavnosti, sporočanje negativnih informacij, stališč o njem in sebi, nesprejemanje sprememb v socialnih vlogah odraščajočih otrok;
- **izolacija (osamitev)** – gre za to, da starši otroka preveč navežejo nase, npr. preprečujejo odnose s sovrstniki; otrok nima priložnosti za socialne stike in je osamljen;
- **teroriziranje (ustrahovanje)** – npr. otroka namenoma strašijo, uporabljajo grozeče gibe, mu grozijo, da ga bodo osramotili in ponižali;
- **ignoriranje (brežcutnost)** – otrok staršev ne zanima, so psihično nedostopni, npr. ne odgovarjajo na otrokovo spontano vedenje, ne krepijo otrokove socializacije, ga ne zaščitijo, ko potrebuje njihovo pomoč;
- **podpiranje (podkupovanje)** – npr. krepijo neprimerno socialno, spolno ali kriminalno vedenje, navajajo otroka na zlorabo psihoaktivnih snovi.

V dveh večjih ameriških raziskavah (10) je bilo ugotovljeno, da se kot primarna oblika trpinčenja psihično trpinčenje pojavlja v 7–11 % primerov. Ugotovili niso nobene razlike v trpinčenju, ki bi temeljila na spolu, medtem ko stopnja trpinčenja raste s starostjo otroka.

Kos-Mikuševa (12) med oblike psihičnega trpinčenja prišteva:

- ko se otroka namensko omalovažuje in zmerja, žali in s tem prizadene njegovo samospoštovanje in samopodobo;
- ko se zavestno in namensko zanemarja otrokove čustvene potrebe (namensko odklanjanje podpore v okoliščinah, ki jih otrok ne zmore obvladati sam, itd.);
- ko se otroka prikrajša za čustveno toplino;

- izločanje, zavračanje, nepravilno ravnanje z otrokom (v primerjavi z njegovimi sorojenci, vrstniki, odklanjanje pomoči otroku);
- poniževanje otroka ali prikrajšanje za dostojanstvo (blatenje otroka, imenovanje otroka z ponižujočimi izrazi, itd.);
- teroriziranje in zastrahovanje otroka (discipliniranje z zastrahovanjem, grožnje s fizičnim napadom, kričanjem, zapuščanje malega otroka samega, itd.);
- prostorska osamitev otroka (zaklepanje v sobo za obleke, v temno sobo, itd.);
- izolacija otroka (prepoved stikov in odnosov z vrstniki ali odraslimi zunaj družine);
- kvarna vzgoja (vzgoja, ki otroka ne pripravlja za socialno ustrezno in sprejemljivo vedenje – antisocialna ali disocialna vzgoja);
- izkoriščanje otrokovega dela v družini;
- uporaba otroka kot sredstvo izsiljevanja;
- postavljanje delovnih in vedenjskih zahtev do otroka, ki znatno presegajo njegove zmogljivosti;
- nadzor oziroma neprestane zahteve nad otrokom;
- »ščuvanje« otroka proti enemu izmed staršev.

Poleg navedenih oblik je nasilje in trpinčenje otrok tudi »karierizem« staršev, kjer želijo narediti iz otroka genija in ga obremenjujejo z aktivnostmi in obveznostmi ter razvojno neprimernem programom, ki ne ustreza razvojni stopnji otroka in to zato, da bi lahko sami imeli mir. S tem otroku povzročijo, da ne živi svojega otroštva.

Tudi osebnost matere, ki ni sposobna navezovati čustvenega odnosa s svojim otrokom in mu ne zmore razvijati občutja lastne vrednosti in ljubljenosti, je lahko škodljivo.

2.4.3 Spolna zloraba otrok v družini

O spolni zlorabi govorimo, ko odrasla oseba ali nekdo, ki je večji od otroka, uporabi svojo moč in vpliv nad otrokom ter izrabi njegovo zaupanje in spoštovanje, da ga zavede v spolno zlorabljanje. Dogaja se v vseh družbenih slojih in v vseh skupinah. Zlorabe v družini so najpogostejša vrsta zlorabe in istočasno najbolj prikrit pojav, ki je zaprt v družinskem krogu, kjer lahko ostaja skrivnost dolga leta, zahteva pa predvsem molčečnost in poigravanje z

otrokovimi čustvi. Razkritje je redko, raziskave so pokazale, da se nasilje dogaja približno štiri leta, preden je odkrito.

Ločimo tri oblike spolnega nasilja:

- krvoskrunstvo (incest),
- spolni odnos,
- spolno zlorabo.

»Polnoletna oseba, ki spolno občuje z mladoletnim krvnim sorodnikom v ravni črti ali mladoletnim bratom oziroma sestro, se kaznuje z zaporom dveh let« (18).

V večini evropskih družb je bil incest stoletja tabu, dogajal se je v vseh slojih. Jasno pa je, da je spolnost med odraslim in otrokom, ki sta v sorodu, zloraba in mora biti kot takšna kaznovana. Zloraba vključuje spolni akt z biološkimi starši, z očimom ali mačeho, s starejšim sorojencem, sorodniki ali družinskimi člani. Analiza zakonskih znakov tega kaznivega dejanja pove, da je protipravnost dejanja podana, četudi mladoletnik privoli v spolno aktivnost. Zakonodajalec je s tem pokazal negativen odnos do incesta, za katerega je značilno sorodstveno razmerje med storilcem in žrtvijo in ne prisilnost dejanja (6).

To pomeni, da incest predstavlja prostovoljni spolni odnos s krvnim sorodnikom, ki ni vedno posledica prisile, zlorabe, vendar pa zakonodaja posega vanj zaradi bioloških in socialnih razlogov.

Pri spolnem odnosu gre za isto dejanje, le da je tu storilec lahko družinski prijatelj, vzgojitelj ali kaka druga oseba in pride do spolnega občevanja zaradi sile, grožnje, avtoritete storilca in zlorabe položaja, s tem da izrabi otrokovo zaupanje in spoštovanje.

Spolna zloraba se deli na kontaktno in nekontaktno zlorabo. Slednja vključuje izpostavljenost otroka ekshibicionistu, uporabo otroka za snemanje pornografskih filmov brez spolnega kontakta, medtem ko kontaktna spolna zloraba vključuje dotik prsi ali genitalij in razne vrste spolnega občevanja.

Po definicijah so oblike, načini in vrste ravnanj, ki jih poznamo pod pojmom spolna zloraba in kjer storilci dosežejo svojo spolno zadovoljitev, različni. Pojem obsega cel spekter dejanj, kot

so razkazovanje genitalij, poljubljanje, otipavanje, masturbacija, felacija, kunilingus, digitalna penetracija v danko, sodomija, bestialnost, itd..

Prvo opozorilno znamenje je vsaka nenadna sprememba v otrokovem vedenju, katere vzroka ne poznamo. Ranjen otrok le s težavo odrine misel na grozo, ki jo je doživljal ali jo nemara še doživlja. Sebe ima za krivega, za umazanega, poln jeze se večkrat znese nad najbližjim brez razloga in potem ga obravnavajo, obsojajo, kregajo in tako je znova žrtev.

Lažja prepoznavna spolne zlorabe:

- telesni in psihosomatski znaki, kot so poškodovani intimni organi – genitalni in analni;
- prisotnost tujkov v telesnih odprtinah, rdeči madeži, rane, vnetja, spolne bolezni, otrok toži, da ga boli trebušček, bruhanje, krvavitve, srbenje spolnih organov, težko požiranje, bruhanje, teža in višina nista primerne starosti, bledica, nenavadno je nemiren;
- duševni in socialni simptomi – strah pred dotikanjem, strah pred ločitvijo oseb, ponoči imajo napade strahu in nočne more, strah pred moškimi, panična bojazen pred določenimi predmeti.

S spolno zlorabo otrok se v zadnjih desetletjih ukvarja vedno več strokovnjakov. Povečuje se širše družbeno zanimanje za ta pojav, zdravstvene, socialne službe, vrtci, organi pregona. Narašča tudi število in vpliv nevladnih organizacij, ki se intenzivno ukvarjajo s to problematiko (19).

Kljub napredku pri odkrivanju takšnih zlorab pa še vedno obstaja pereče vprašanje, kaj žene odrasle, da to počenjajo, da od otroka zahtevajo določene spolne aktivnosti, in še posebej, zakaj so med storilci teh dejanj najpogostejše starši (6). Res pa je, da ostaja ta tema vse prevečkrat tabu, saj je ne znajo, nočejo videti. Poleg tega pa je v družini največkrat majhna učinkovitost neformalnih nadzorstvenih mehanizmov, saj se jo povezuje z geografsko ali socialno, da bi se lažje izoliralo družino od zunanjih medosebnih – sorodstvenih, sosedskih ali prijateljskih mrež (20).

Da se bi lažje zavedali resnosti tega pojava, bi bilo treba razviti raziskovalno dejavnost. To bi bila osnova za načrtovanje in uresničevanje potez, da do tega pojava ne bi prišlo.

2.4.4 Zanemarjanje otroka

V psihologiji pomen simbioze označuje tisto skupnost dveh ali več posameznikov, v kateri je medsebojna odvisnost izražena tako, da član simbioze verjame, da brez drugih oseb ne bi mogel živeti. Novorojenček kot otrok je popolnoma nesposoben za samostojno življenje, zato je zanj nujna simbioza z materjo.

Zanemarjanje otrok je ena od oblik nasilja, sicer najtežja za razkrivanje, saj je brez vidnih znakov, ki bi se jih lahko dokumentiralo, kot je to npr. pri fizičnem trpinčenju.

Za zanemarjanje otroka gre, ko starši, skrbniki ali tisti, ki so kako drugače dolžni skrbeti za otroka, opuščajo zadovoljevanje otrokovih osnovnih potreb. Kaže se v opustitvi dejanja ali vedenja, s katerim starši ne zadostijo otrokovim telesnim, čustvenim, intelektualnim in drugim potrebam, ki varujejo otroka in mu omogočajo ustrezen razvoj. Vključuje tudi neprimerno, pomanjkljivo nadzorovanje in varovanje otroka pred vsem, kar mu lahko škodi.

Najbolj priznan je Polanskyjev koncept definicije zanemarjanja, ki pravi, da gre za stanje, v katerem odgovorni odrasli, bodisi namerno ali nenamerno dopusti, da otrok trpi ali pa ne zagotovi tistih okoliščin, ki so nujne za otrokov fizični, intelektualni in emocionalni razvoj.

Definirati zanemarjanje je zelo zapleteno, kajti treba je ločiti zanemarjanje od primerov revščine.

Fizično zanemarjanje je vsekakor prisotno, ko:

- se otroka fizično zapusti (v parku, na ulici, v vrtcu, bolnišnici, itd.);
- je otrok več ur sam doma brez nadzora odrasle osebe, zaradi česar se le-ta lahko poškoduje, otroka ima v varstvu nezanesljiva oseba –premlada, prestara;
- se otroka ne hrani redno oziroma je otrokova prehrana neustrezna (ni dovolj kalorična, prestara, pokvarjena);
- se otroku ne daje zdravil, ko je bolan, oziroma se prepozno zagotavlja fizično ali duševno zdravstveno oskrbo;
- se otroka ne pelje na redne sistematske preglede in ne zagotovi obveznega cepljenja;

- je otrok kronično estetsko zanemarjen, umazan (ne dovolj pogosto kopanje, slaba zobna higiena, otrokova oblačila so neprimerna za vremenske razmere ali velikost otroka, otroku ni omogočenega dovolj spanja – zaradi neprimernih razmer);
- otroku ni zagotovljena varnost v stanovanju oziroma v otrokovem bivalnem prostoru (v stanovanju je veliko stvari, situacij, ki so lahko nevarne za otroka, kot so polomljen stol, ograja, razbito okno, luknje v tleh, nezaščitena električna napeljava, nezaščitene stopnice, stvari, ki predstavljajo nevarnost za požar, otroku so dosegljive kemikalije, zdravila);
- bivališče ne zagotavlja stabilnega, varnega doma (starši oziroma skrbniki otroku niso sposobni omogočiti stabilnega, stalnega doma—brezdomstvo – ali v bivalnem okolju živi prekomerno število oseb).

Zanemarjanje čustvene narave se kaže:

- v odsotnosti čustvene topline.
- v neodzivanju na znake čustvene stiske oziroma psihičnih težav, ki kažejo znake depresije;
- ko se otroka spodbuja k nasilnemu vedenju;
- ko je otrok pogosto priča nasilju med staršema;
- ko se otroka izloča, zavrača, nepravilno ravna z njim (različno obravnavanje otroka v primerjavi z njegovimi sorojenci, ki jasno kaže, da ga starši ne marajo).

Da bi lahko bili učinkoviti pri detekciji in prevenciji zanemarjanja otrok, je predvsem treba razumeti vzroke za njegov nastanek. Vsekakor je treba poznati karakteristike staršev, razmere, v katerih so starši odraščali, velikost družine, stresne dejavnike, ki negativno vplivajo na družino, ekonomske razmere, odnos v družini, itd.. Velikokrat so starši, ki slabo ravnaajo s svojim otrokom, tudi sami odraščali v nestabilnem domu, ki jim ni nudil dovolj primerne vzgoje. Gre predvsem za čustveno otopele, depresivne indiferentne osebe, ki imajo slabo mnenje o sebi, so nedružabne in ki se za otroka ne brigajo oziroma otroka niso sposobne primerno negovati. Nemalokrat so te družine tudi stigmatizirane, socialno izolirane, bodisi da gre za rasne predsodke ali zaradi samega načina življenja, ki ga družina prakticira. Raziskave kažejo, da so depresivne matere pogostejše sovražno nastrojene, odklonilne in indiferentne do otroka in kažejo zanemarjanje zlasti v slabem prehranjevanju kot zagotavljanju varnosti, kar lahko privede do resnih telesnih poškodb, zadušitev.

Kot je opazno, so vzroki zanemarjanja otrok številni in kompleksni, kar se kaže v osebnostnem deficitu staršev, konfliktnem, nepodpornem družinskem sistemu in predvsem zaradi stresnih življenjskih okoliščin.

Posebna oblika zanemarjanja je psihološka motnja **MÜNCHAUSNOV SINDROM BY PROXY**, za katero je značilno, da neka oseba, običajno je to mati, povzroča ali pa si izmišljuje simptome bolezni, poškodb zato, da bi bil otrok podvržen medicinskim preiskavam, hospitalizacijam ali celo zdravljenju in kirurškim posegom, ki jih zdravnik izvede z namenom, da bi ugotovil bolezenske vzroke otrokovih težav in simptomov. Za otroka so ti postopki mučni, boleči, predvsem pa škodujejo njegovemu zdravju.

Mati lahko tudi namenoma povzroči obolenje ali telesno poškodovanost otroka, kar lahko privede do zelo hudih zdravstvenih posledic, tudi otrokove smrti.

Povprečna starost otroka, žrtve tega sindroma, je 40 mesecev. Še huje pa je to, da diagnosticiranje in zdravljenje pred ugotovitvijo sindroma mine v povprečju 15 mesecev.

V tovrstnih primerih so pogosti sledeči »scenariji«:

- trajni ali ponavljajoči se bolezenski znaki nepojasnjene vzroka;
- otrokov skrbnik vedno znova vozi otroka k zdravniku ali kliče nujno zdravniško pomoč zaradi domnevnih problemov, ki pa jih medicinsko ni možno ugotoviti, potrditi, razložiti;
- otrok ima krče in se duši oziroma ima težave z dihanjem samo takrat, ko je s skrbnikom oz. z materjo in nikoli v prisotnosti tretje osebe ali zdravstvenega osebja;
- mati je zelo skrbna in pozorna do otroka in vztraja, da bi bila stalno ob njem v bolnišnici. Pri tem je zanimivo, da jo bolj skrbijo hrana, igrače ali zunanji videz otroka kot sama bolezen. Manj jo skrbita zdravljenje in izboljšava otrokovega stanja in bolj ko bolezenski znaki kažejo na hudo bolezen, bolj je navdušena.
- mati se okolici predstavlja kot bolj izobražena. Veliko uporablja strokovne izraze.

Za nastanek in razvoj te motnje so značilne tri lastnosti matere:

- mati je bila v otroštvu trpinčena ali odklanjana;
- odnos do otroka je patološki, po navadi hiperprotektiven – pretirano popustljiv,

- mati črpa svoje zadovoljstvo iz odnosa z zdravstveno službo. Večje kot so otrokove težave, tem bolj je bolezen skrivnostna ali redka, bolj se mati počuti pomembno. Sindrom se imenuje po nemškem baronu von Münchausnu iz Hannovra, ki je živel v 18. stoletju in je bil znan po pripovedovanju fantastičnih zgodb o svojih dogodivščinah med turškimi vojnami.

2.5 Posledice nasilja

Vsaka zloraba pusti na otroku posledice za vse življenje. Če so starši največji vir nevarnosti za otroka, bo otrok razvil tako imenovano dezorganizirano obliko nevarne navezanosti, ki se kasneje v odraslih odnosih kaže kot nezmožnost sočutja, slaba kontrola impulzov ter izredna obramba pred vsakršno ranljivostjo, torej stikom, ki bi odprl brezno zanemarjenosti in zlorabe. Na vsako tako obliko, ki bi se je posameznik vse bolj in bolj navezal, bi ga močno ogrozila, saj bi se moral soočiti z odnosi v primarni družini in s tem bi začutil zavrženost, sram, gnus in sovražnost. Prav takšni afekti pa na nevrološki organski ravni pomenijo stanje vzdraženosti. Ta vzdraženje so izjemno intenzivna in s tem najbolj stresna za živčni sistem. Sram preko vzdraženja parasimpatičnega živčevja (živčevje, ki deluje podzavestno) narekuje popolno zamrznitev dejavnosti in aktivnosti, sovražnost, bes pa vzdraži simpatični živčni sistem, ki zahteva takojšnjo motorično aktivnost. Hkratno preplavljanje živčnega sistema s tako nasprotujočimi se afekti pa povzroči disociacijo, saj je to edini možni odziv telesa na tako patogeno stanje. In prav disociacija je ključni moment pri izbruhu nasilja v družini. Vsak posameznik in vsak odnos znotraj tega sistema ter tudi družina kot celota so v vseh svojih dejavnostih, čutenju, mišljenju, vedenju in doživljanju ter odnosu do sveta odvisna od nasilja. Vpliv nasilja na otroka je večplasten. Otrok, ki živi v takšni družini, kjer je prisotna visoka raven konfliktov z malo razrešitvami teh konfliktov, bo doživljal dolga obdobja pretirane vzdraženosti živčnega sistema in bo zelo občutljiv na jezo in tako se bo močno vznemiril ob vsakem takem dražljaju.

Globoka ranjenost, ki jo v najzgodnejšem obdobju razvoja povzroči zanemarjanje ali zloraba, onemogoči razvoj prave regulacije afekta in sposobnosti soočanja z relacijskim stresom. V odraslem življenju bo tak otrok zelo težko vzpostavil in vzdrževal intimne vezi. Preplavljali ga bodo nezavedni afekti sramu, groze, zavrženosti in praznine in edini način regulacije tega stresa bo nasilje.

Posledice nasilja se pri otrocih pojavijo različno, v različni starostni dobi. Pri novorojenčkih je to opazno kot nemirno spanje, počasnejši razvoj, medtem ko je pri predšolskih otrocih opaznejša pogostejša obolevnost, nizko spoštovanje, agresivnost. Manjši ko je otrok, težje bodo posledice. Za njihove odnose so značilni izredna odvisnost, izogibanje, agresivnost in izguba meja med jazom in drugimi. Njihov občutek za jaz je močno poškodovan, kar kasneje vodi v depresivne simptome in nezmožnost poznavanja in izražanja notranjih čustev izkušnje. V primeru fizičnega nasilja postane nasilje del otrokovega odzivanja na vsakodnevne situacije in strese ter vzorec vedenja in vzgajanja, ki ga tak otrok prenaša na naslednje generacije. Nasilje v otroštvu prinaša tudi povečano tveganje za zlorabo drog, samopoškodovanje, samomorilnost, skratka za duševne in vedenjske motnje. Obseg in intenziteta posledic pa sta odvisna predvsem od (12):

- otrokove starosti in razvojnega obdobja, v katerem je bil otrok zlorabljen (mlajši ko je otrok, hujše so posledice);
- otrokove osebnosti oziroma temperamenta;
- pričetka, trajanja in pogostosti zlorabe;
- odnosa med otrokom in storilcem;
- odziva družine na razkritje in institucije na prijavo;
- dosegljivosti in kakovosti pomoči otroku in družini.

Najhujša posledica zlorabe je izguba zaupanja in iz zaupanja izvirajočega občutka varnosti, otrok ne tvega več bližine, ne verjame več besedam, nezaupljiv je do vseh, ki izražajo zlasti ljubeča čustva.

Roel Bouwkamp (21) navaja posledice fizičnega trpinčenja. Mednje prišteva:

- **kognitivno in razvojno poslabšanje:** poslabšanje govornih in jezikovnih sposobnosti je povezano z zavoro te funkcije, do katere pride, če je otrok pogosto pretepen, zaradi joka ali govorjenja;
- **poslabšanje osrednjega živčnega sistema:** zaradi hudih poškodb na glavi ima veliko število trpinčenih otrok »lažje znake« poslabšanja osrednjega živčnega sistema;
- **hiperagresivno obnašanje:** trpinčeni otroci so udeleženi pri ustrahovanju, pretepih in napadalnem obnašanju do vrstnikov, sorodnikov. Pogosto so označeni kot otroci z vedenjskimi motnjami. Žrtve fizičnega nasilja se v obdobju mladostništva pogosto

udejstvujejo v delinkventnih aktivnostih in zanje obstaja bojazen, da bodo topli svoje otroke.

Vsakič, ko je otrok deležen fizičnega nasilja, ga spremlja tudi čustveno. Psihično trpinčenje otrok lahko povzroči prav takšno ali še večje trpljenje kot ostale oblike nasilja, saj prizadene ali oškoduje otroka v času dejanja ali pozneje v njegovem razvoju na področju čustvovanja, vedenja, mišljenja in telesnega delovanja (16).

Avtorji številnih raziskav so izdelali obsežen seznam posledic psihičnega trpinčenja, kot so strah in pričakovanje, da jih nihče ne bo maral ali da bodo kar naprej kaznovani, slab tek, laganje, avtistično vedenje, predvsem pa fizično, umsko ali psihološko zaostajanje v razvoju. Nadalje se posledice kažejo kot škoda na emocionalnem področju, kot depresivne epizode, kot motnje v socialni adaptaciji, kot razvoj patologije osebnosti, bežanje od doma, itd..

Green (12) meni, da fizično ter spolno nasilje otroku pustita prav določene posledice:

1. občutja strahu in tesnobe: le-ta so lahko stalno prisotna ali pa občasno s spremljajočimi se fiziološkimi znaki (potenje, pospešeno bitje srca);
2. motnje spanja in prehranjevanja;
3. motnje socialnega delovanja;
4. seksualni problemi v mladostništvu in odrasli dobi;
5. občutki drugačnosti od svojih vrstnikov;
6. postravmatska stresna motnja;
7. agresivnost;
8. motnje v intelektualnem delovanju ter na področju besednega izražanja, zapoznelost v psihomotoričnem razvoju, itd..

Revno in neustrezno negovanje privede do težav, ki karakterizirajo zanemarjanje otroka. V dolgoročni študiji otrok, ki so jih zanemarjali starši, so bile posledice čustvenega zanemarjanja veliko globlje kot posledice telesnega zanemarjanja. V razvoju so pri teh otrocih opazili več jeze, pomanjkljivo vztrajnost pri nalogah, težnje k odvisnosti od drugih oseb, impulzivnosti in nervoznosti. Poškodbe po zanemarjanju so popravljive v odrasli dobi, če taka oseba uspe ustvariti dobro odraslo ljubezensko razmerje (res pa je, žal, da imajo pogosto odrasli, ki so bili zanemarjeni ali drugače zlorabljeni, težave pri vzpostavljanju dobrih

ljubezenskih zvez). Če jim to uspe, imajo manj tveganja za duševne težave, na primer depresijo.

Oblika zanemarjanja kot zlorabe je največkrat nenamerna in je posledica pomanjkljivosti razumevanja staršev do otrokovih potreb, ki se kažejo predvsem v (12):

- ***socialnih težavah*** – moten je proces oblikovanja navezanosti med otrokom in staršem, posledično je tako moten odnos med otrokom in staršem, otrok je pasiven, kaže primanjkljaje v prosocialnem vedenju in komunikaciji, otrok je fizično agresiven, itd.. Starš izraža manjšo občutljivost do otroka, je potegnjena vase, zadržan, ne izraža, da sprejema otroka, značilen je nizek nivo socialnih interakcij;
- ***intelektualnem deficitu*** – primanjkljaji v razvoju govora in s tem težave na področju razumevanja in izražanja;
- ***čustvenih in vedenjskih problemih*** – jeza, apatija in umaknjenost vase, močenje postelje;
- ***fizičnih posledicah*** – zaostanek v rasti, smrt.

Dejstvo je, da ko otrok doživlja fizično nasilje, je s tem deležen tudi čustvenega. Fizično nasilje je na nek način vidno, po drugi strani otrok občuti bolečino in ta je nevidna. Nevidna je čustvena škoda, saj to se da prikriti kot zanikati in psihološka cena različnih zlorab, od kontroliranega pretepanja do nekontrolirane fizične zlorabe, pri kateri pride do zlomov kosti, seveda, pa očitna vsakomur, ki se zaveda čustvenih otrokovih potreb.

Res pa je, da se nekatere motnje kažejo različno pri deklicah kot pri dečkih. Deklice so bolj odmaknjene, pasivne, medtem ko so dečki najpogostejše agresivni in napadalni. Predvsem pa moramo biti pozorni pri otrocih, kjer opažamo, da se bojijo doma, strah jih je pred neogrožujočimi situacijami, saj bomo tako lažje prepoznali primere nasilja, ki se dogajajo nad njim.



Slika 3: Posledice psihičnega nasilja lahko vodijo v samomor (33)

2.6 Pomoč otroku, ki doživlja nasilje v času, ko je hospitaliziran

*Na cesti sem videl majhno deklico, ki jo je zeblo
v pretanki obleki, da je trepetala od mraza; vedel sem,
da nedvomno tudi jesti nima dovolj.*

Ujelo me je in očital sem Bogu:

»Zakaj to dopuščaš? Zakaj ničesar ne ukreneš?«

Nekaj časa je Bog molčal.

Ponoči pa mi je nenadoma odgovoril: »Saj sem vendar že nekaj ukrenil.

Ustvaril sem tebe.«

Anthony DeMello

Ko se jim zlorabljen otrok zaupa ali pa če sami odkrijejo pojav nasilja, so pred dilemo. Kaj narediti, kako mu pomagati, koga obvestiti?

Zdravstveno osebje ne sme postavljati sodb. Ko zdravstveno osebje posumi oziroma ko iz anamneze izhaja, da bi lahko šlo za nasilje, je pred dilemo. Pomemben je empatičen odnos, ki pomaga razumeti zapletene odnose med zlorabljenimi in nasilneži. Pogovor z žrtvijo in storilcem naj izvaja zato usposobljen dodatno izobražen zdravstveni delavec. V nasprotnem primeru je bolje, da se sum prijavi institucijam, ki so zato usposobljene oziroma ki se profesionalno ukvarjajo s problematiko nasilja.

Njihova naloga je pomoč pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti oz. reševanje aktualnih problemov in preprečevanje nastanka potencialnih negovalnih problemov. Medicinske sestre imajo zelo širok krog delovanja. So edina poklicna skupina, ki vstopa v družino v smislu preventive, in edina, ki gre skozi proces zdravstvene obravnave posameznika, saj je v njihovem delokrogu vedno bolj prisotna individualna in celostna obravnava, kar je za žrtev nasilja posebej pomembno.

Medicinska sestra mora znati oceniti odnos starša do otroka in dobiti vtis, ali ima otrok zaupanje do starša ali se ga boji. Pri pogovoru je treba opazovati, ali starši otroku sugerirajo, kaj naj pove, ali sam pove svoje mnenje. Zelo pomembna je psihosocialna pomoč žrtvi-otroku, kot staršu, kateri išče pomoč. Tudi če v praksi ne delujejo po procesni metodi dela, pa jim ravno ta sistematična metoda lahko pomaga k rešitvi problema s pomočjo vseh štirih faz: ugotavljanja problemov, načrtovanja, izvajanja in evalvacije. Podatki, ki jih ob tem zabeležijo v negovalno dokumentacijo, bodo v veliko pomoč pri reševanju teh problemov v timu. Najučinkoviteje se zdravstveni delavci lahko borijo proti nasilju nad otroki z reševanjem posameznih primerov v interdisciplinarnem timu. V njem sodeluje poleg zdravnika in medicinske sestre tudi socialni delavec, klinični psiholog, pedopsihiater in drugi strokovnjaki, ki se ukvarjajo s preprečevanjem, odpravljanjem in sankcioniranjem tega škodljivega pojava.

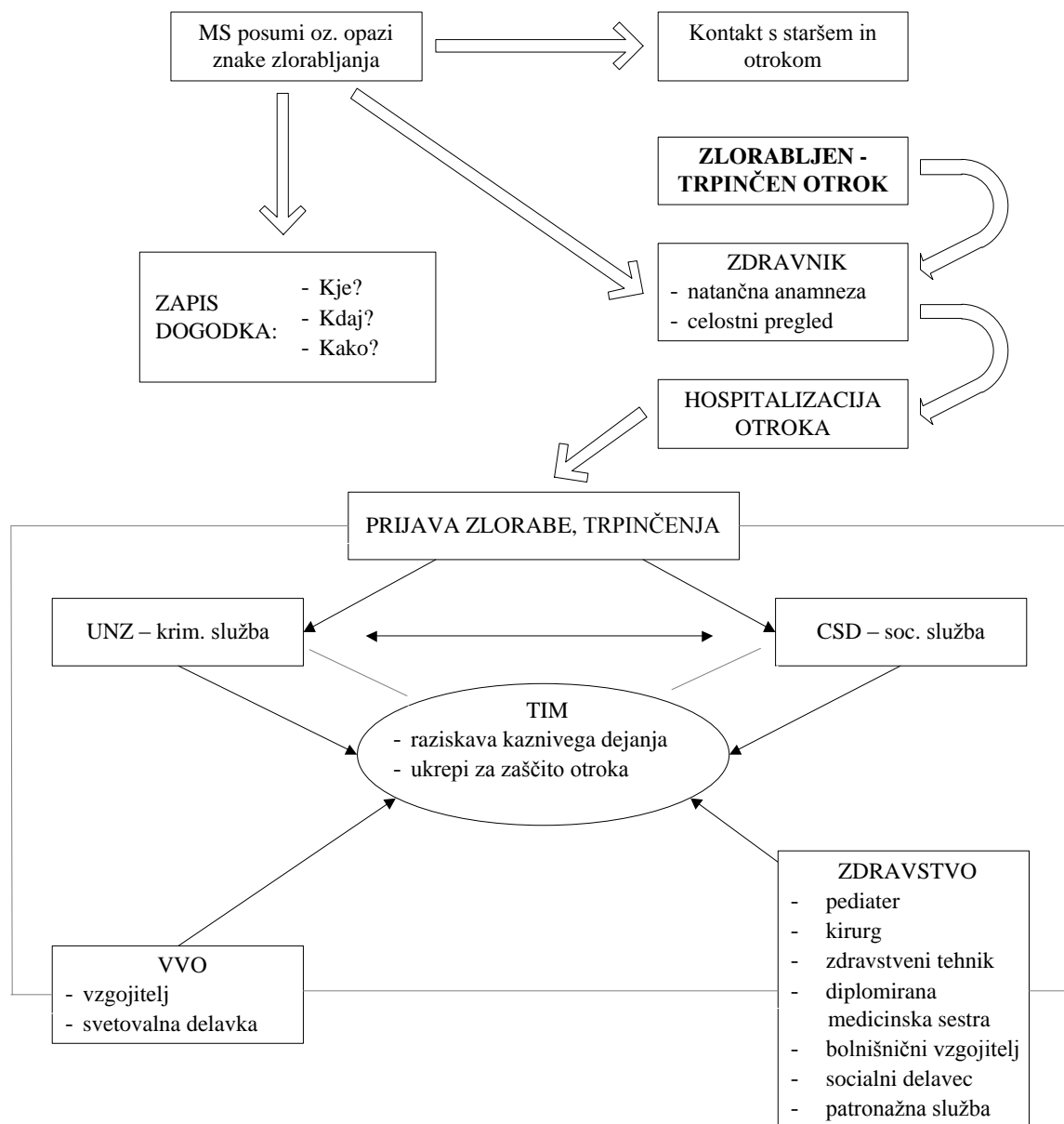
Poleg sodobnega metodološkega pristopa so teoretični modeli zdravstvene nege pomembni instrumenti, ki dajejo vsebino samostojnega delovanja medicinskih sester. Za učinkovito izvajanje zdravstvene nege pri žrtvah nasilja ali zlorab medicinske sestre uporabljajo teoretični model Virginie Henderson, saj poskušajo zadovoljiti ali pomagati pri zadovoljevanju tistih temeljnih življenjskih aktivnosti, kjer se je pojavila potreba po pomoči oz. reševanju negovalnih problemov. V primerih, ko je podan sum na naklepno poškodbo ali katero od možnih oblik trpinčenja, je z namenom, da se otroka zaščiti, treba otroka hospitalizirati ne glede na obseg poškodbe. S tem bo otrok umaknjen iz okolja, ki ga ogroža in kjer bi se nasilje lahko nadaljevalo. Obenem pa si s tem ukrepom pridobimo potreben čas za poizvedbo o socialnih razmerah družine, za povezavo s pristojnimi službami ter za dogovor o nadaljnjih ukrepih.

Da bo otrok lažje spregovoril o tem, kaj se mu dogaja, je zelo pomembno, da dobi občutek varnosti in zaupanje do zdravstvenih delavcev. Če bo otrok občutil, da se ne more pogovarjati, ne bo zaupal svojih težav. Zato je zelo pomembno, da ima otrok pozitivne izkušnje s

pogovorom prve osebe, ki se ji je zaupal, saj napačen odziv lahko povzroči, da otrok ne bo več iskal pomoči (12). Otroka se ne zaslišuje, zlasti brez prisotnosti starša. Če nasilje nad otrokom izvaja eden ali oba starša, se nikoli ne obsoja staršev kot osebo, ampak se obsoja njihova dejanja, saj bi obsojanje staršev povzročilo, da bi otrok nehal z zaupanjem.

Med pogovorom se ga ne sme spraševati o doživetih izkušnjah, zanj je to travmatsko, ker je obremenjen s strahovi in z občutki krivde, ki mu jih je vcepljal storilec. Otroka se spodbuja k temu, da spregovori o svojem notranjem dogajanju, o svojih strahovih, dvomih, potrebah, željah in z občutenim poslušanjem, spodbujanjem in razumevanjem se otroku pomaga, da ubesedi, kar se mu dogaja. Če se ne zaupa, se ga le pohvali, ker išče oziroma sprejema našo pomoč. Pogovor je treba prilagoditi otrokovi starosti ter njegovim sposobnostim razumevanja in izražanja (34).

Zavedati se je treba, da je otrokov besedni zaklad slabši in njegove zmožnosti izražanja omejene, zato mu pustimo dovolj časa, da lahko izrazi, kar misli in čuti. Nikoli pa se mu ne sme zastavljati neposrednih vprašanj (kot so vprašanja, zakaj, a res, kje, kako se je zgodilo, itd.). Zatrditi mu je treba, da je sedaj varen in da se mu bo pomagalo, da se mu verjame in da smo žalostni za to, kar se mu je zgodilo. Večkrat se mu pove, da to ni njegova krivda in da bova skupaj naredila nekaj, kar mu bo pomagalo k boljšemu počutju. Med tem, ko je otrok hospitaliziran, lahko medicinske sestre in zdravstveni tehniki opazujejo interakcijo med otrokom in starši oziroma skrbniki, tako se beleži pogostost obiskov ter ustvari možnost pogovora in ustvarjanja zaupnega odnosa, tako z otrokom kot tudi s starši oz. zakonitimi skrbniki (34).



Slika 4: Informacija o zlorabi: prihod poškodovanega otroka v bolnišnico (35).

Vsekakor pa moramo otroka zaščititi pred nadaljnjim trpinčenjem (osebo, ki zlorablja, je treba oddaljiti od otroka ali pa ji preprečiti dostop do njega). Določiti je treba takojšnje potrebe otroka, psihične kot telesne (odpravljanje zdravstvenih posledic – zdravljenje nastale poškodbe), in družine oziroma oceniti zmožnost tistega starša, ki ne zlorablja, da zaščiti otroka, in mu znati nuditi potrebno pomoč, kaj naj stori, kam se lahko zateče, podati telefonske številke, na katere lahko pokliče. V primeru, ko je zloraba dvoumna ali vprašljiva zaradi odsotnosti fizičnih dokazov, moramo kot zdravstvena institucija pridobiti natančne podatke o začetku, naravi, pogostosti in trajanju zlorabe, le tako jo lahko potrdimo. Ob vsem tem je potrebna posebna podpora otroku, saj lahko dogajanje v zvezi z odkrivanjem in intervencijo v primeru nasilja dodatno travmatizira otroka (32).

Vsekakor pa z dobrim opazovanjem in ocenjevanjem situacije razkrije vrsto in obseg otrokove prizadetosti. Ob razkritju nasilja nad otrokom znotraj družine se močno zamaje družinski sistem in duševno stanje članov družine, kar lahko vodi do razpada družine (12). Zato mora biti tim zdravstvenih delavcev ob ukrepanju dobro poučen, usposobljen, zlasti pa nevtralen, saj le tako lahko pripelje do boljših rezultatov. Delo s starši, ki zlorablajo svojega otroka, je naporno, čustveno izčrpajoče ter zahtevno za vse sodelujoče (12). Medicinska sestra naj pri svojem delu ohrani distanco, da se v reševanje problemov ne vplete osebno. Najprej mora pri sebi razjasniti lastne misli, občutke in razumeti zapletenost družinskih odnosov, sprejemati drugačne življenjske stile v različnih kulturah in etičnih skupinah. Znati mora prepoznati vzroke, ki so povzročili motnjo v družini.

Zelo pomemben je proces, ki poteka od dejanja nasilja do prijave zlorabe ustreznim službam. Treba je opredeliti znake nasilja, obstajajo ali ne, kot so telesni, vedenjski, psihološki, situacijski znaki. Strah nas je, da nepravilno identificiramo simptome zlorabe, kajti zaradi napačne ocene situacije se lahko zgodi, da prijavimo nasilje, ki ga v resnici ni, in zaradi tega lahko pripelje do travmatičnih posledic za otroka in celotno družino. Informacij, ki jih pridobimo v pogovoru z otrokom, nikoli ne prenašamo osebi, ki povzroča nasilje.

Če nasilje nad otrokom izvaja eden od staršev, informiramo tistega starša, ki ni nasilen do otroka. Naša zakonska dolžnost je, da nasilje prijavimo. Pogovor z otrokom – žrtvijo nasilja in zbiranje podatkov nam pomeni osnovo za prijavo oziroma podajo kazenske ovadbe, ki jo običajno poda zdravnik, in sicer tako, da izpolni obrazec o prijavi poškodbe, ki ga mora poslati kriminalistični službi. Socialna služba in policija oz. pristojna kriminalistična služba sta odgovorni za takojšnje ukrepanje ob prijavi. Po prvih informacijah je nujen sestanek vseh vpletenih služb, kjer se dogovorijo o nadaljnjih postopkih ter izvrševanju le-teh. Gre za timsko obravnavo ali multidisciplinarni tim pri obravnavi posameznega primera. Doseči moramo, da se otrok počuti varno. Pomembno je, da otroka potrdimo o doživljanju negativnih čustev, saj otroci po navadi naletijo na nesprejetost in kritiko, če izrazijo čustva, ki niso lahko sprejemljiva (11). Doseči moramo razbremenitev otrokove čustvene stiske, predvsem pa razbremenitev občutka krivde. Dobro je, da preverimo otrokova pričakovanja do nas in mu razložimo, kaj mu lahko ponudimo. Otroku ne obljublamo ničesar, česar ne moremo izpolniti.

Problem, na katerega medicinske sestre opozarjajo v zvezi z vprašanji trpinčenega otroka, se nanaša na dolžnost kazenske prijave primerov trpinčenja in na kolizijo s temeljno poklicno-etično normo dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti.

Pravna in poklicno-deontološka norma sta v tem primeru različni, takšna različnost pa postavlja dilemo pred tistega, na kogar se nanaša, v smislu ravnanja in ukrepanja. S tem vprašanjem se je veliko ukvarjala Šelihova in je predstavila nekaj stališč in meril, ki olajšajo odločitev.

Prvi vidik, ki utegne olajšati dilemo medicinske sestre, poudarja, da kodeks etike zdravstvenih delavcev določa, da je zdravstveni delavec odvezan varstva skrivnosti, če je to nujno za žrtev oz. bolnika, družino ali družbo. Naslednji vidik pravi, da poklicna molčečnost zavezuje nosilca poklica v razmerju do varovanca (otroka), ne pa tudi v razmerju do drugih (staršev oz. skrbnikov). Navsezadnje, tretji vidik, ki utegne olajšati odločitev zdravstvenega delavca, se nanaša na vprašanje, koga naj le-ta obvesti v primeru trpinčenja (12). Tako je obvestilo službi socialnega skrbstva zadosten korak za to, da medicinska sestra opravi svojo nalogo, ne da bi prekršila svoje temeljne poklicno-etične norme.

V primerih trpinčenja otrok se zdi »delitev skrivnosti« ter bolj odprto obveščanje in komuniciranje med tistimi službami, katerih temeljna poklicna skrb je varstvo otrok in ki so po svojem delu manj nadzorovalni, smiselno in povsem upravičeno ter obeta večji uspeh za to, da bi pri obravnavanju pojava poiskali in našli rešitve, ki bodo za otroka čim boljše, za njegovo okolje in domnevne povzročitelje pa manj represivne (28).

2.7 Zdravstveno-vzgojno delo in osveščanje žrtve nasilja z vidika zdravstvene institucije in širšega družbenega okolja

Nasilje nad otroki je posledica zloma družine in zahteva zaščito življenja, dobrobiti in dostojanstva otroka. To je pglaviten razlog, zakaj preprečevanje nasilja nad otroki v družini sodi v okvir človekovih pravic. Cilj prepovedi telesnega kaznovanja otrok je prav preventiva. Starši se morajo zavedati, da telesna kazen kot vzgojni ukrep ni učinkovita. Morda ima kratkoročen učinek, vendar dolgoročnega zagotovo ne. Čim večkrat je otrok telesno kaznovan, večja je možnost, da bo tudi sam nasilen ali da se bo posluževal drugih

nesprejemljivih oblik vedenja – laganja, goljufanja, itd.. Otroci, ki jih straši vzgajajo z udarci, težje ločujejo, kaj je prav in kaj ne, in se kasneje za hrbtom staršev grdo obnašajo. Preprosto zato, ker taka kazen ne vzgaja, ampak vceplja strah samo pred osebo, ki kaznuje. Otrok sklepa, da če ga očka ne vidi, kaj dela, ga ne bo natepel. Grožnje so najpogostejše prazne obljube, ker jih prihodnjič ne izpolnimo in s tem otroku dajo vedeti, da odrasli ne držijo obljub. Poglavitni pomen je spodbujanje spremembe miselnosti in praks ter promoviranje nenasilnih oblik vzgajanja otrok. Seveda odprava telesnega kaznovanja zahteva več kot le pravno reformo. Zakon ne spreminja ničesar. Naša glavna naloga, naloga družbe, je, da osveščamo starše, da pretepanje otroka ni pravilni vzgojni ukrep.

Zelo dobra oblika pomoči staršem je skupinska terapija, kjer se v skupini rešujejo problemi in se s pomočjo skupine učijo, kako biti starš. V zdravljenje je treba vključiti vse družinske člane. Skupaj z otrokom se ugotavlja njegova pričakovanja in možnosti pomoči. Naloga MS v tem primeru je, da osebam, ki so povezane z otrokom in na katere je otrok navezan, posreduje določene informacije, nova znanja, jih vodi in spodbuja, da lahko otroku nudijo pomoč. Otrok v tem primeru ostane pri tistih ljudeh, kjer se počuti varnega in sprejetega. (33)

Ko izvemo oziroma ko smo prepričani, da otrok preživlja nasilje, je to treba prijaviti ustreznim institucijam.

Zdravstvena služba je zelo pomemben člen pri identificiranju družinskega nasilja in pri zbiranju podatkov, vendar o tem, koliko otrok, ki so preživeli izkušnjo trpinčenja s strani starša, ni podatkov. Nasilje se v zdravstvu obravnava predvsem kurativno, ko je prisotna poškodba. Organizacija zdravstvenega varstva otrok omogoča visoko stopnjo dostopnosti, zato je mater, ki z otrokom išče pomoč zaradi nasilja, ki ga izvaja oče, treba seznaniti, da: (33)

1. brez napotnice lahko obišče specialista pediatra v bolnišnici;
2. zdravstveno varstvo otrok je tudi lokacijsko blizu njihovega domačega doma, tako da se lažje obišče zdravnika;
3. otroške ordinacije so praviloma prostorsko ločene od ostalih ordinacij, tako da dajejo občutek zasebnosti.

Najpogostejše se dejanja prijavijo službam za takojšnjo pomoč v stiski – zatočišča in telefoni za pomoč, agencijam za varovanje otrok – centri za socialno delo, ali pa organom pregona.

Otrok, ki doživlja nasilje, je dvojno travmatiziran. Primarna viktimiziranost je telesno trpinčenje, sekundarno viktimiziranost pa povzroči proces pravosodnega kazenskopravnega sistema, zato je sodni postopek treba urediti tako, da bo čim manj stresen za otroka.

V okviru pomoči starša je treba (12):

- zmanjšati pritiske, obremenitve in strese v družini;
- izboljšati finančni in stanovanjski položaj družine, če je ta neugoden;
- zmanjšati obremenitve staršev, ki izhajajo iz posebne zahtevnosti otroka (ureditev varstva oziroma sprejem v vrtec, sosedska pomoč);
- seznaniti starše s predstavami in znanji o otrokovem vedenju in odzivanju v določeni starosti, z otrokovimi razvojnimi potrebami in možnostmi, da bi se otroci obnašali tako, kot želijo starši;
- zmanjševanje medosebnih konfliktov znotraj družine in svetovanje staršem, kako obvladati svoje agresivne vzgibe do otrok.

Velikokrat se starši takih programov ne želijo udeležiti, počutijo se zaznamovane, predvsem tistih, ki imajo psihiatrični in psihološki naziv. Včasih je vzrok v tem, da sploh ne prepoznajo neustreznosti svojega ravnanja z otrokom, lahko pa, ker ne želijo zvedeti, da so kot starši neuspešni ali pa jim za otroka ni mar, ali ker nimajo energije, da bi kaj spremenili. Zato jim je treba nuditi vire pomoči v naravnem okolju družine in v drugih strokovnih službah.

Odločitev strokovne službe, ki obravnava trpinčenje otroka in družino, o ukrepu je nadvse odgovorno dejanje in je nujno, da poteka postopno, v timskem povezovanju posameznih strokovnjakov in strokovnih služb.

Že predšolske otroke se lahko vključi v razne programe preko centrov za socialno delo. V programih se pripoveduje o tem, kako se počutijo, kako so se počutili doma oziroma v okolju, iz katerega prihajajo. Tako se otroci kmalu naučijo govoriti o svojih doživljanjih, spoznajo, da imajo pravico govoriti o teh neprijetnih dogodkih tako, kot jih sami občutijo, ne glede na to, kaj si drugi mislijo o tem. Postopoma postajajo čustveno stabilnejši.



Slika 5: Klic na pomoč (31)

2.7.1 Institucionalne oblike pomoči otroku

Gre za ustanove, ki jim je država dala javna pooblastila za izvajanje ukrepov za zaščito otrok. To so:

1. zdravstvene in psihosocialne javne službe;
2. centri za socialno delo (CSD);
3. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Koper;
4. policija;
5. tožilstvo;
6. sodišča.

1. Zdravstvene in psihosocialne javne službe

Zdravstveni domovi, vrtci, pedopsihiatrični oddelki bolnišnic pogosto sami odkrijejo nasilje nad otrokom v družini. Medtem ko obiskuje vrtec, vzgojitelj opazi predvsem otrokovo čudno obnašanje, zaprt je vase, noče se sleči ali pa se igra spolne igrice. Lahko je to zdravstveni dom, kjer pediater pri rednem sistematičnem pregledu otroka ugotovi hujše telesne poškodbe, povzročene slučajno, namerno, ali pa genitalne poškodbe v primeru spolne zlorabe. Tudi te ustanove so policiji dolžne prijaviti sum na telesno zlorabo ali nasilje, žal pa nimajo javnih pooblastil za ukrepanje (22).

2. Centri za socialno delo (CSD)

V primeru, da je otrok zlorabljen, ga odkrijejo sami ali pa jim ga javi katera koli druga organizacija. CSD je tisti organ, ki lahko začne postopek za odvzem otroka staršem in namestitev v nadomestno družino ali drugo institucijo. Največkrat se za ta ukrep odločijo, ko

je prizadeta večina otrokovih pravic in je ogrožen otrokov telesni in duševni razvoj v okolju, v katerem živi (22).

Poleg javnih pooblastil, ki izhajajo iz *Zakona o socialnem varstvu*, CSD opravljajo še socialno-varstvene storitve, kot so: socialna preventiva, socialna prva pomoč, osebna pomoč in pomoč družini. Poseg v družino je upravičen, če gre za varstvo otrokovih koristi in ko so za to izpolnjeni naslednji elementi (23):

1. neustrezno ravnanje staršev z otrokom;
2. ogrožanje otrokovih koristi s strani staršev;
3. pomanjkanje odvrčanja nevarnosti od otrok s strani staršev.

V CSD preverijo in se odločijo za odvzem otroka, saj imajo kot vse druge organizacije in ustanove dolžnost, da prijavijo trpinčenja policiji ter sodelovati v kazenskem postopku.

Ko strokovni delavci odločijo, da se otroka odvzame družini oz. staršem ali skrbnikom, preverijo tudi dejansko stanje v družini, tako da opravijo pregled stanovanja in razgovore s starši oz. s skrbniki.

Trpinčeni otrok potrebuje takojšnjo obravnavo oziroma terapevtsko pomoč, ki pa mora biti kontinuirana. V Sloveniji se srečujejo s problemom dolgih čakalnih vrst za potrebe psihoterapevtske obravnave, kar je nedvomno sistemski problem.

Res pa je, da CSD nimajo izdelane doktrine dela, zato večkrat ravnamo neenotno, kar je odvisno od strokovnih interesov in ambicij posameznih strokovnih delavcev.

3. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Koper je javni zavod in strokovna ustanova, ki je usmerjena v varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Najpogostejše oblike pomoči, ki jim jih nudijo, so individualna psihoterapija, družinska terapija. Poleg reševanja težav otrok in mladostnikov deluje tudi preventivno. Z izvajanjem delavnic in predavanj s starši si center prizadeva preprečevati nastajanje težjih razvojnih, psihosocialnih motenj, nadaljnje učne in druge težave.

Če sta v stiski , pokličita:



080-1234

Slika 6: TOM telefon (23)

TOM telefon za otroke in mladostnike, ki si želijo pogovora o različnih temah ali so v stiski, težavah, je dejavnost, ki je v preteklosti imela dobro umeščenost v prostor in ažurno pokritost problemov na terenu. Nudi možnost iskanja pomoči preko telefona, je široko dostopen in dopušča žrtvi, da ostaja anonimna. Telefon je varno mesto za razbremenitev neprijetnih občutkov. Svetovalec je usmerjevalec žrtve, žrtev in svetovalec se nikoli neposredno ne srečata. TOM telefon je organiziran v okviru programa javnih del (23).

4. Policija

Policisti so prvi, ki pridejo v stik z žrtvijo nasilja, če gre za klic, zato so se dolžni odzvati na vsak klic na pomoč in nasilno osebo odstraniti iz doma in jo odpeljati v pripor ali pa odrediti prepoved približevanja domu in žrtvi vsaj za 48 ur. O podaljšanju pripora pa odloča sodišče. Zelo pomembna je seznanjenost policije z informacijami o institucijah in društvih, od katerih lahko žrtev pridobi psihosocialno ali drugo pomoč. V Sloveniji je bil v zadnjih letih dosežen velik napredek glede izobraževanja policistov kot kriminalistov glede problematike nasilja v družini. Dobro sodeluje z ostalimi institucijami, predvsem s tožilstvom in nevladnimi organizacijami, ker je bistvenega pomena pravočasna identifikacija problema, pravočasna informacija in pravočasen prenos navedene informacije do institucije, s katerimi nato poskušajo problem rešiti ali vsaj omejiti posledice (22).

5. Tožilstvo in sodišče

Državno tožilstvo je organ, katerega naloga je pregon storilca, ki je povzročil kaznivo dejanje. Tožilec pride v stik z žrtvijo šele po vložitvi kazenske ovadbe. Pregon storilca kaznivega dejanja pa se v vsakem primeru nasilja nad otrokom v družini začne po uradni dolžnosti, kar pomeni, da se storilca preganja v imenu države in ne glede nato, ali se žrtev s tem strinja ali ne. Če državni tožilec meni, da zbrani dokazi zadostujejo za vložitev obtožbe, jo pošljejo pristojnem sodišču. Ko obtožba postane pravnomočna, se prične glavna obravnava, kjer se izvedejo dokazi in po končanem dokaznem postopku se razglasi in obrazloži tožba. Sodniki se

pri svojem delu srečujejo z različnimi problemi, zapletenimi, in to večinoma dolgo trajajočimi postopki – »zamujanje s pravico je enako kot odrekanje pravice«. Morali bi ga razbremeniti, zato bi si morali prizadevati za ustanovitev posebnih družinskih sodišč. Ta pa naj ne bi združevala le kazenskih sodnikov, ampak tudi civilne in druge strokovnjake (24).

2.7.2 Neinstitucionalne oblike pomoči otroku

Država žrtvam nasilja prevečkrat ne zagotovi učinkovite oblike pomoči. Žrtve v stikih z institucijami naletijo na stereotipno razumevanje nasilja kot zasebne težave. Zato to že nekaj let zapolnjuje nevladni sektor oziroma neprofitne-volonterske organizacije, na katere se obrne žrtev. Ker je otrok še majhen, to največkrat stori mati oz. oseba, ki išče pomoč skupaj z otrokom. V okviru tega se otrokom – žrtvam nasilja kot materi, da ubežijo nasilnežu, zagotavlja varen prostor, zaupnost in anonimnost, da lahko spregovorijo o problemu. Nudijo se jim različne oblike svetovanja, od individualnega do svetovanja preko telefona. S svojim delovanjem tudi obveščajo in izobražujejo strokovno in širšo javnost o problematiki nasilja ter z javnim delovanjem vplivajo na spremembe slabih praks javnih ustanov (26).

Nevladne organizacije in prostovoljci predstavljajo mehko mrežo, ki hitreje zazna, se hitreje odziva na dogajanje v lokalni skupnosti ali na ravni države. Imajo več možnosti, da zajamejo mnoge družine in otroke, ki ne pridejo do strokovnih služb. Način delovanja je načeloma prepuščen sami organizaciji, vendar mora biti tudi to v skladu s pravom. Programe izvajajo in skrbijo za osnovno dejavnost izključno plačani in zaposleni profesionalci.

V okviru nevladnih organizacij obstaja veliko število služb, ki so namenjene otrokom v stiski. To so Krizni center za otroke Palčica, SOS telefon, TOM telefon, Telefon Petra Klepca, Svetovalni centri za otroke in starše, Združenje proti spolnemu zlorabljanju.

Podrobneje bom predstavila *Krizni center za otroke Palčica*, ker je edini center v Sloveniji, ki obravnava predšolske otroke.

1. Krizni center za otroke – hiša zavetja »Palčica«

Krizni center za otroke Palčica deluje približno tri leta. Je prvi v Sloveniji, ki ugotavlja potrebe otrok, starih do šest let.

Za mladostnike že obstajajo krizni centri, za najmlajše pa ga do zdaj ni bilo. Prej so bili majhni otroci nastanjeni v bolnišnicah; ker pa imajo običajno velik čustveni primanjkljaj in so doživeli različne zlorabe, saj s sabo nosijo trpljenje in nepredstavljljive boleče izkušnje, ki so jim jih prizadejali lastni starši, ti otroci seveda nikakor ne sodijo v bolnišnico. Večina otrok se iz kriznega centra vrne v matično družino. Centri za socialno delo iz vse Sloveniji po potrebi nameščajo otroke v center. Sprejemajo jih vse dni v letu, tudi ponoči, in lahko ostanejo do 21 dni. Med tem časom lokalni pristojni center za socialno delo najde ustrezno namestitev, kamor otroka nato preselijo. To so lahko rejniška družina ali sorodniki, lahko pa se otrok vrne tudi v svojo matično družino. Prostori so prilagojeni starosti in spolu. Imajo sobo za dojenčke, v kateri so posteljica, previjalna miza in postelja za strokovnega delavca. Imajo še sobo Barbi, ki je prilagojena za punčke, in sobo Superman za dečke ter igralnico – Nodijevo sobo, v kateri so igračke in knjižice. Starši lahko obiskujejo otroka, če jim to dovoli CSD.



Slika 7: Hiša zavetja PALČICA (26)

»Z metodami pomoči, ki jih izvaja center za socialno delo, steče delo s starši, in ti so spet sposobni skrbeti za svojega otroka. Otrokom se pojasni, da tukaj čakajo, da se bo zanje vse uredilo. Ne govorimo jim, da so na počitnicah – razen izjemoma – primer družine, ko je mama pustila otroka očetu. Ta se ni takoj znašel, ni si mogel priskrbeti varstva in obstajala je velika verjetnost, da bodo otroka namestili v rejniško družino. Tako je bil otrok v kriznem centru na počitnicah, dokler oče ni uredil vsega potrebnega zanj. Potem se je vrnil domov k svojemu očetu« (27).

Bistvenega pomena je sodelovanje med institucijami, tesno in iskreno sodelovanje z edinim ciljem – preprečiti in ustaviti nasilje. Vsekakor pa se interdisciplinarni pristop reševanja nasilja gotovo sreča s problemi, saj vsaka institucija na problem gleda z drugega vidika. Institucije pa morajo delovati kot enakovredni partnerji, se medsebojno podpirati in razvijati skupne cilje, saj bodo šele tako pri svojem delovanju uspešne. Vsak član tima bi moral biti podrobno seznanjen z delom in pravicami ostalih članov. Pogoji za sklic tima, obveznost prijavljanja in drugega ukrepanja ob zaznavi nasilja nad otrokom bi morali biti točno določeni in opredeljeni. Vse to bi pripomoglo k temu, da bi se primeri nasilja nad otroki obravnavali bolj strokovno, učinkovito in kar je najpomembnejše za otroka, hitro.

Za obravnavanje žrtev nasilja je v zdravstvu treba oblikovati klinično pot, kar vključuje sistematično obravnavo vseh žrtev nasilja v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, z opredeljenimi navodili in protokoli, z določeno odgovornostjo za izvajanje poizvedb, vodenje statistike, dokumentacije (zaupnost podatkov, komu je dostopna in posredovana, itd.), za timsko obravnavanje znotraj zdravstva in sodelovanje z drugimi organizacijami in državnimi organi zunaj zidov zdravstvene institucije, obravnava zaznavanja nasilja, preprečevanje tega in pomoč žrtvam nasilja niso težave ene poklicne skupine, pač pa celotnega zdravstva.

Tudi minister za zdravje, nosilci zdravstvenega varstva – zdravniki, minister za delo, družino in socialne zadeve in drugi bodo morali prevzeti več odgovornosti za to, da žrtve nasilja v našem zdravstvu niso deležne ustrezne obravnave ne po etičnih, pravnih in ne po drugih normah.

Predlagano je bilo, da se na nivoju države ustanovi center za zbiranje, ukrepanje in preprečevanje vseh vrst nasilja, ki bo imel podporo širše družbene skupnosti.

Potrebno je trajno izobraževanje javnosti ter osveščanje žrtve o zakonu in otrokovi pravici do zaščite, skupaj s spodbujanjem pozitivnega nenasilnega odnosa do otrok. Program Sveta Evrope »Gradimo Evropo za otroke in z njimi« prek zakonodajne reforme in osveščanja javnosti spodbuja pozitivno starševstvo. Konvencija o otrokovih pravicah OZN v 19. členu določa, naj države pogodbenice, med njimi je tudi Slovenija, z vsemi ustreznimi zakonodajami in drugimi ukrepi otroka zavarujejo pred vsemi oblikami telesnega ali duševnega nasilja, poškodb ali zlorab, zanemarjanja ali malomarnega ravnanja, spolnih

zlorab, trpinčenja ali izkoriščenja. A ni odveč poudariti, da navedena konvencija za otroke šteje mlajše od osemnajst let (18).

V zadnjih letih je bilo na področju kaznovanja sprejetih veliko konvencij in priporočil svetovnih institucij, ki se posvečajo varnosti otrok. Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah je bila v zadnjih letih sprejeta in ratificirana skoraj povsod po svetu, eden od pomembnih ciljev je, da so otroci nosilci človekovih pravic in v 19. členu jasno zahteva zaščito otrok pred vsemi oblikami fizičnega in psihičnega nasilja, opredeljuje pomen države pri zaščiti otrok doma in drugod. Pomemben mejnik k zmanjševanju telesnega kaznovanja in s tem preprečevanja poškodb je ustanovitev foruma zoper telesno kaznovanje otroka v družini pri Zvezi prijateljev mladine Slovenije, ki je v razmeroma kratkem času informirala širšo javnost o neprimernosti in škodljivosti pretepanja otrok. Cilj gibanja je, da je otroka možno vzgajati brez pretepanja, ne pa represivni ukrepi zoper starše.

2.8 Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)

Otroka ni dovoljeno kaznovati, to je zapisano v družinski zakonodaji. Če pa starš fizično udari otroka ni kaznovan, ker to ni zapisano v kazenskem zakoniku.

Državni zbor Republike Slovenije je 1. februarja 2008 sprejel *Zakon o preprečevanju nasilja v družini – ZPND*, ki je podal nove smernice v boju z nasiljem v družini (15). Zakon določa trdne in enotne okvire za delovanje in ukrepanje na področju nasilja v družini. Zato žrtev nima možnosti samo poiskati pomoč od institucij, ampak jo ima pravico tudi zahtevati, saj zakon določa vlogo, naloge, mrežo in sodelovanje različnih državnih organov in nevladnih institucij pri obravnavanju nasilja v družini. Po ZPND je nasilje v družini vsaka uporaba fizičnega, psihičnega, spolnega, ekonomskega nasilja in zanemarjanja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu ne glede na starost, spol ali katero koli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja nasilja (15).

Cilj ZPND:

- opredelitev nasilja v družini,
- dolžnost nudenja pomoči žrtvi,
- zagotoviti strokovno obravnavo žrtvam in povzročiteljem,
- sodelovanje med institucijami,

- zagotavljanje dolgoročne varnosti žrtvam,
- brezplačna pravna pomoč,
- delo s povzročiteljem nasilja,
- zbiranje podatkov o nasilju v družini ter analiziranje pojava,
- spodbuditi žrtve, da poiščejo pomoč pri organih in organizacijah,
- zmanjšanje nasilja v družini.

Izpostavili bomo nekaj členov zakona, ki se nanašajo na nasilje v družini:

3. člen (oblike nasilja v družini): zakon opredeljuje več oblik nasilja v družini: fizično, psihično, spolno, ekonomsko ter zanemarjanje med dvema družinskima članoma. Posebno varstvo in skrb pred nasiljem uživajo mladoletni člani družine – otroci, ki zaradi osebnih okoliščin niso sposobni skrbeti zase. Otroka se obravnava kot žrtev nasilja, tudi če je prisoten pri izvajanju nasilja nad drugimi člani družine ali če živi v okolju, kjer se izvaja nasilje.

8. člen (pravica žrtve do zagovornika): žrtev nasilja ima pravico do zagovornice oziroma zagovornika (v nadaljnjem besedilu: zagovornik), ki v skladu s posebnimi predpisi ščiti žrtvine koristi v postopkih in aktivnostih, ki jo zadevajo.

9. člen (varstvo identitete žrtve): prepoved razkritja identitete osebe pri obravnavanju nasilja v družini je zelo pomembna, ker vpliva na odločitev žrtve, ali bo poiskala pomoč strokovnjakov, in s tem zmanjšuje stigmatizacijo žrtve.

11. člen (prijavljanje nasilja v družini): v primeru, ko se sumi, da je žrtev otrok, mora vsakdo – še posebno strokovni delavci v zdravstvu, osebje v vzgojno-varstvenih zavodih o tem takoj obvestiti CSD, policijo ali državno tožilstvo. Tukaj stopi poklicna skrivnost v ozadje, saj je pomembnejša pomoč otroku kot žrtvi.

12. člen (pomoč žrtvi): žrtev si lahko zbere spremljevalca oziroma osebo, ki jo bo spremljala v vseh postopkih, povezanih z nasiljem v družini. Poleg tega ima žrtev pravico do zagovornika, ki ščiti koristi žrtve v postopkih, ki jo zadevajo. Ena od novosti je, da ima žrtev v sodnih postopkih, ki jih žrtev lahko sproži z zahtevo po izreku ukrepov, pravico do brezplačne pomoči, ne glede na njeno premoženjsko stanje.

Organi (CSD, vrtci) in organizacije ter nevladne organizacije so dolžne pomagati žrtvi v okviru svojih pristojnosti, pri čemer se te primere nasilja obravnava prednostno, katera mora biti strokovna. Med seboj so se dolžni obveščati in si pomagati z namenom preprečevanja in odkrivanja nasilja, odpravljanja njegovih vzrokov ter nudenja pomoči žrtvi pri vzpostavitvi pogojev za varno življenje.

22. člen navaja tudi pomoč povzročiteljem nasilja, saj zakon določa, da je CSD dolžan napotiti povzročitelja nasilja v ustrezne izobraževalne, psihosocialne in zdravstvene programe, ki jih izvajajo razni organi in organizacije ter nevladne organizacije.

Posebnost zakona je tudi ta, da ne uvaja nobenih kazni. Te ostajajo določene v Kazenskem zakoniku in v Zakonu o kazenskem postopku (15).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 Opredelitve raziskovalnega problema

Problematika nasilnega ravnanja v družini in s tem povzročanja telesnih poškodb pri otroku izvira iz dejstva, da je nasilje v družini težje prepoznati kot tudi evidentirati.

Zaradi nepoučenosti zdravstvenih delavcev pogostokrat obstajajo težave, negotovosti in ovire pri obravnavi kot zaznavanju oz. prepoznavanju namerno povzročenih telesnih poškodb pri otroku. Otroci so premajhni in večkrat sami ne znajo z besedami opisati tistega, kar se jim je zgodilo. Podatki, opis in opredelitev samega ravnanja so v zdravstvenih dokumentacijah pomanjkljivo zabeleženi. Večkrat je anamnestični opis osredotočen le na zdravljenje poškodbe.

3.1.1 Cilji, nameni in hipoteze

Glavni cilji diplomske naloge so povzeti v spodnjih alinejah:

- prispevati k povečanju občutljivosti zdravstvenih delavcev ob sprejemu telesno poškodovanega otroka na bolnišnični oddelek, kar je lahko posledica neprimernega ravnanja v družini;
- ugotoviti, koliko predšolskih otrok je bilo hospitaliziranih v Splošni bolnišnici Izola v obdobju od 2000 do 2009 zaradi telesnih poškodb, pri katerih je obstajala možnost, da gre za fizično nasilje v družini;
- opredeliti naloge medicinske sestre pri odkrivanju fizičnega nasilja oz. povzročanja poškodb, vrsto ukrepanja in ozaveščanja zaposlenih na oddelkih za višjo stopnjo občutljivosti za te pojave.

V diplomski nalogi bomo skušali preveriti naslednje hipoteze:

- H1.** Določene poškodbe pri otrocih kažejo, da so jih povzročile druge osebe – starši ali druga odrasla oseba.
- H2.** Obstaja spolna razlika ogroženih otrok – izpostavljenih je več dečkov.
- H3.** Zdravstveni delavci ne prepoznajo nasilnega ravnanja nad otrokom, kljub temu, da ima neobičajne telesne poškodbe.

3.2 Materiali in metoda dela

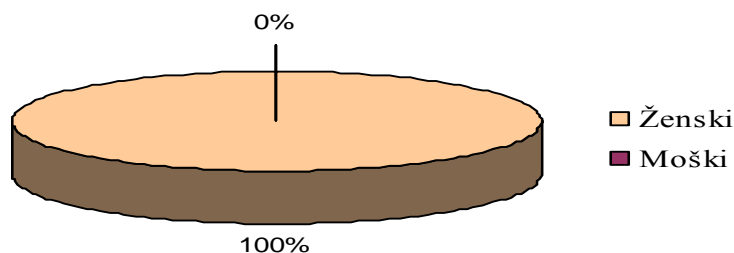
V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno (opisno) metodo dela. Za zbiranje, analizo in interpretacijo podatkov v raziskovalnem delu smo uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik smo posredovali 20 medicinskim sestram (DMS in ZT) na pediatričnem oddelku, vključno z ambulantno Splošno bolnišnico Izola. Upoštevali smo etična načela ter anketirancem zagotovili anonimnost in možnost zavrnitve sodelovanja v raziskovalni nalogi. Sodelovalo je vseh 20 zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Poleg anketnega vprašalnika smo uporabili, da smo lahko uresničili cilj naloge kot zastavljene hipoteze, še zdravstveno dokumentacijo predšolskih otrok, obravnavanih oz. hospitaliziranih zaradi telesnih poškodb. Tako smo s podpisanim dovoljenjem predstojnice in glavne medicinske sestre pediatričnega oddelka lahko anonimno posegali v zdravstveno dokumentacijo vseh hospitaliziranih in ambulantno obravnavanih predšolskih otrok s telesnimi poškodbami od leta 2000 do 2009. Rezultati so prikazani v odstotkih (%) s pomočjo programa za statistiko Microsoft Excel. Dobljene podatke smo prikazali v grafih.

3.3 Rezultati in analiza podatkov

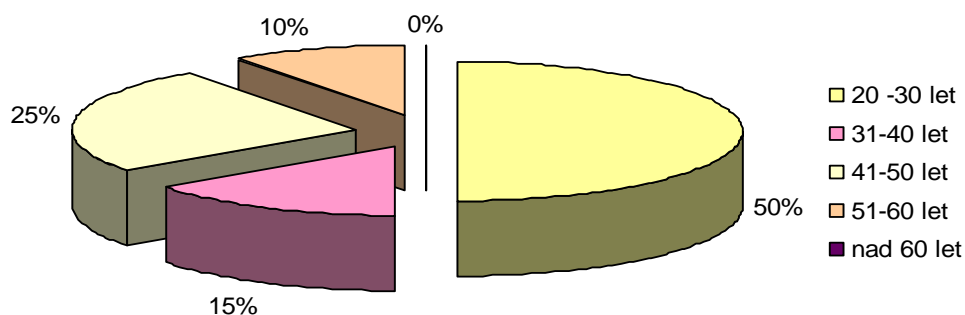
Na anketni vprašalnik je odgovarjalo 20 medicinskih sester iz pediatričnega oddelku SBI. Anketa je vsebovala 35 vprašanj, od tega so bila 4 vprašanja odprtega tipa, 13 vprašanj zaprtega tipa. Anketa je vsebovala dva vprašanja, kjer je bilo treba odgovore razvrstiti po pomembnosti, pogostosti, pri enem vprašanju je bilo treba izraziti stopnjo strinjanja.

V vprašalniku nas je predvsem zanimalo, ali zdravstveno osebje ob sprejemu poškodovanega otroka na bolnišnični oddelek prepozna fizične poškodbe pri otroku, ki so lahko posledica nasilja oz. neadekvatnega ravnanja z otrokom v družini. 70 odstotkov medicinskih sester se je v svoji poklicni dobi pri več kot 5 otrocih srečalo s telesno poškodbo, kjer je obstajal sum, da lahko gre za namerno povzročeno. Kar 50 odstotkov vseh zaposlenih medicinskih sester je na oddelku od 1 do 10 let.



Graf 5: Udeležba po spolu

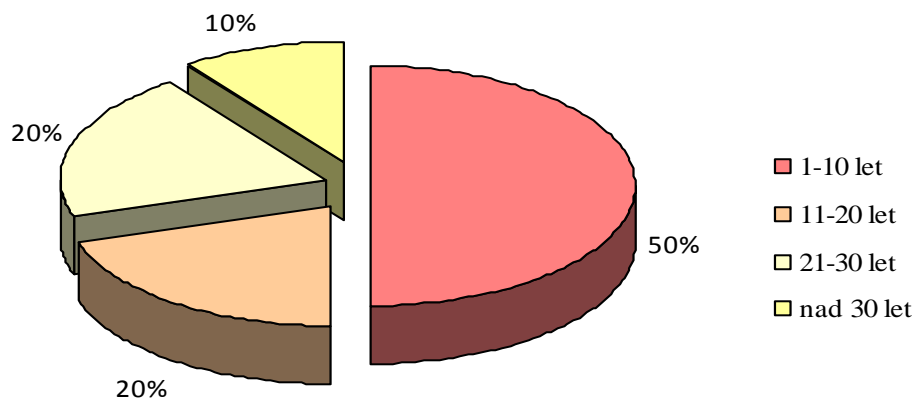
V raziskavi je sodelovalo 20 zdravstvenih delavcev iz Pediatričnega oddelka Splošne bolnišnice Izola. Kot je razvidno iz zgornjega grafa (graf 5), je na pediatričnem oddelku Splošne bolnišnice Izola bilo anketiranih 100 odstotkov (20) zdravstvenih delavcev ženskega spola.



Graf 6: Starostna struktura anketirank

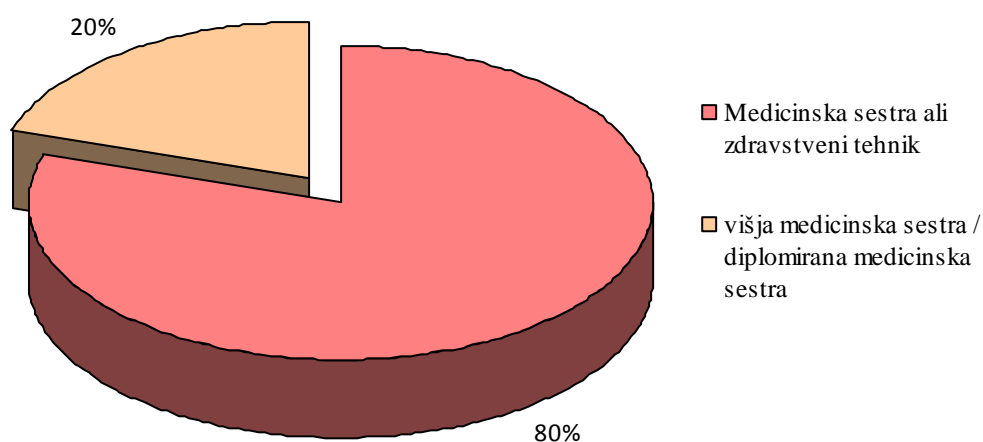
V raziskavi je sodelovalo 20 medicinskih sester. Graf 6 prikazuje, da je bilo 50 odstotkov (10) anketirank starih od 20 do 30 let, 25 odstotkov (5) 41 do 50 let, 15 odstotkov (3) jih spada v starostno skupino od 31 do 40 let, dve anketiranki (10 odstotkov) pa sta stari od 51 do 60 let. Nobena od anketirank ni starejša od 62 let.

Iz tega je razvidno, da je večina zaposlenih medicinskih sester na oddelku za pediatrijo starih od 20 do 30 let.



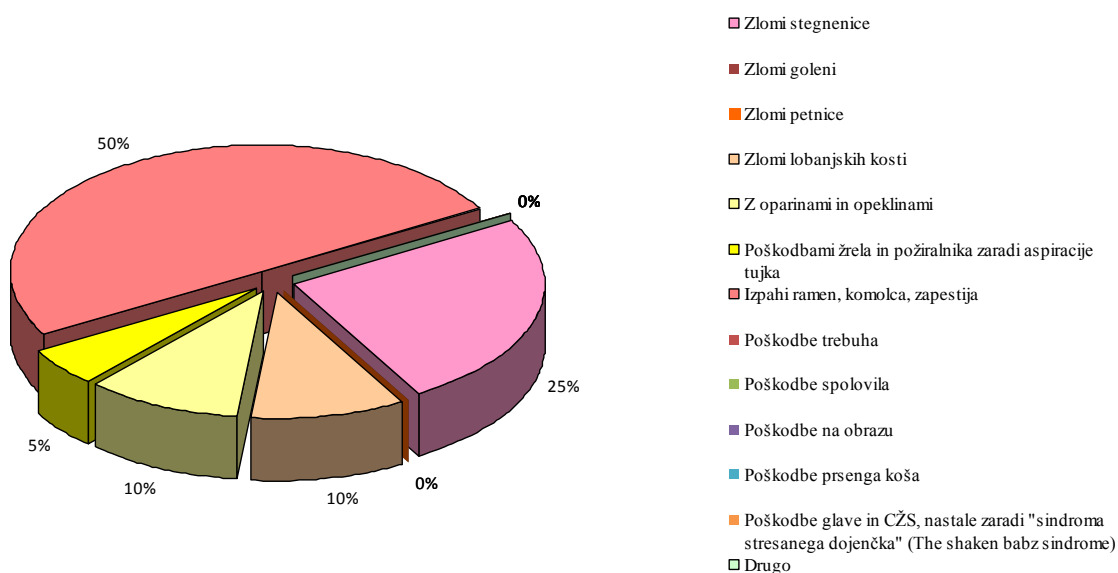
**Graf 7: Povprečna delovna doba anketiranih medicinskih sester na pediatričnem oddelku
Splošne bolnišnice Izola (SBI)**

50 odstotkov (10) anketirank ima delovno dobo od 1 do 10 let, 20 odstotkov (4) jih dela na oddelku 21 do 30 let, 20 odstotkov (4) jih je v službi od 11 do 20 let in samo 10 odstotkov (2) medicinskih sester je na pediatričnem oddelku zaposlenih že 31 let.



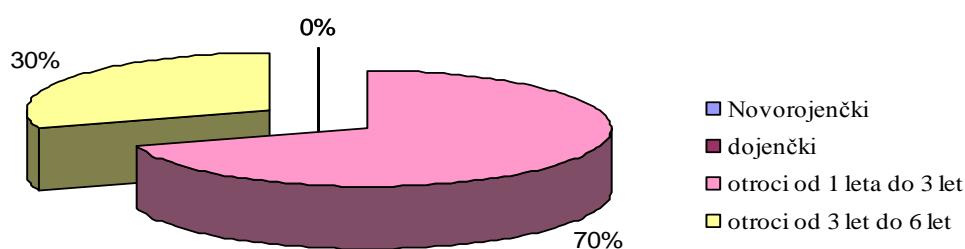
Graf 8: Izobrazba anketiranih medicinskih sester na pediatričnem oddelku SBI

Izobrazba je predvsem srednja, saj ima kar 80 odstotkov (16) medicinskih sester izobrazbo medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika, 20 odstotkov (4) pa je višjih ali diplomiranih medicinskih sester.



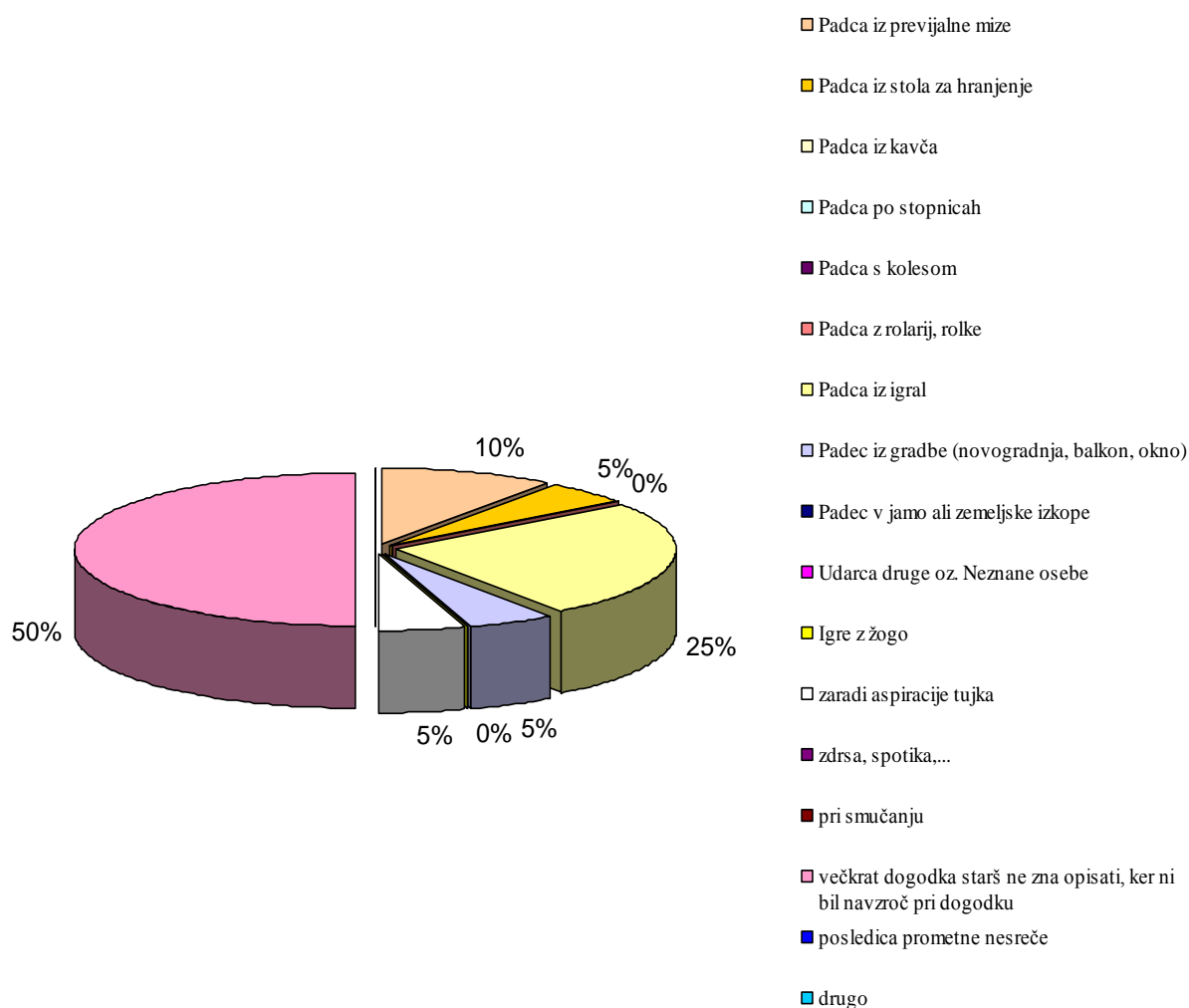
Graf 9: Najpogostejše telesne poškodbe hospitaliziranih predšolskih otrok na pediatričnem oddelku

Polovica, to je 50 odstotkov (10), anketiranih medicinskih sester meni, da je največ hospitaliziranih predšolskih otrok z izpahi ramen, komolca in zapestja, 25 odstotkov (5) je mnenja, da se srečujejo z zlomi stegenice, 10 odstotkov (2) z zlomi lobanjskih kosti, z oparinami in opeklinami, 5 odstotkov (1) pa, da je največ poškodb žrela in požiralnika zaradi aspiracije tujkov.



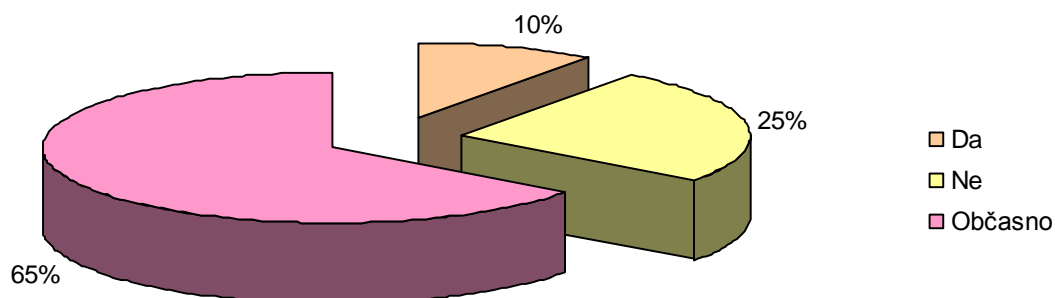
Graf 10: Najpogostejša starostna populacija predšolskih otrok, hospitaliziranih zaradi telesnih poškodb

70 odstotkov (14) anketirank je odgovorilo, da so največkrat hospitalizirani otroci zaradi telesnih poškodb stari od 1 do 3 let, 30 odstotkov (6) pa jih pravi, da je največ hospitaliziranih otrok od 3. do 6. leta starosti.



Graf 11: Posledica dogodkov nastalih poškodb, po opisu starša oziroma osebe, ki otroka spremlja v bolnišnico

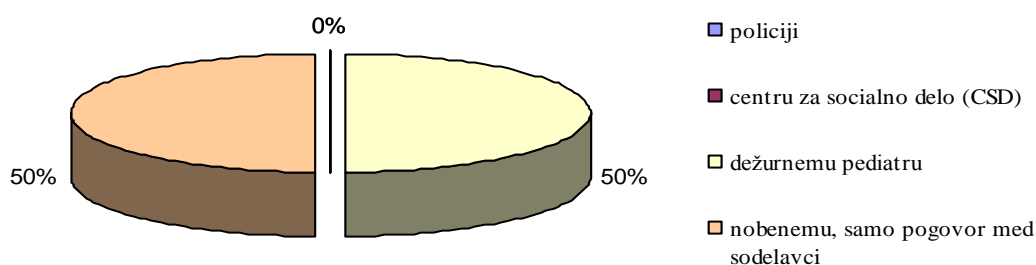
Polovica (10) jih trdi, da starš dogodka večkrat ne zna opisati, ker ni bil navzoč pri dogodku, 25 odstotkov (5) po opisanih dogodkih staršev oz. druge osebe menijo, da so poškodbe nastale zaradi padca iz igral, 10 odstotkov (2) jih meni, da zaradi padca iz previjalne mize in 3 medicinske sestre (1 odstotek) pravijo, da so opisani dogodki nastalih poškodb posledica aspiracije tujkov, padcev iz stola za hranjenje, padcev iz zgradb, kot so novogradnje, balkona, okna.



Graf 12: Ali so medicinske sestre kdaj posumile, da je nastala poškodba posledica nasilja v družini?

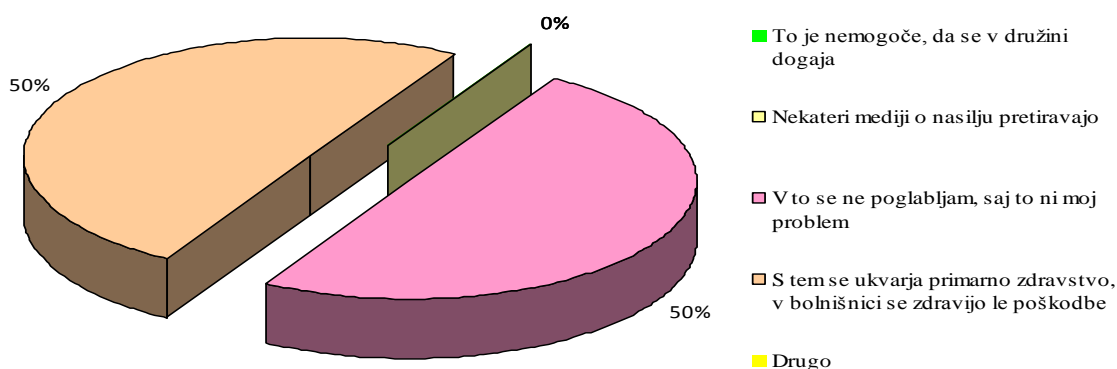
To vprašanje je vsebovalo tudi podvprašanje odprtega tipa.

65 odstotkov (13) je občasno posumilo, da so poškodbe lahko posledica nasilnega ravnanja v družini, v primerih, ko starš opisuje dogodek različno pediatru, kirurgu, medicinski sestri. 10 odstotkov (2) jih meni, da so vedno posumile na telesno zlorabo, ko so bile vidne sveže in stare podplutbe na koži, prisotne modrice na nenavadnih mestih, kot je na primer trebušna stena, hrbet, ušesa. 25 odstotkov (5) pa jih ni nikoli posumilo, da je poškodba lahko posledica nasilja v družini.



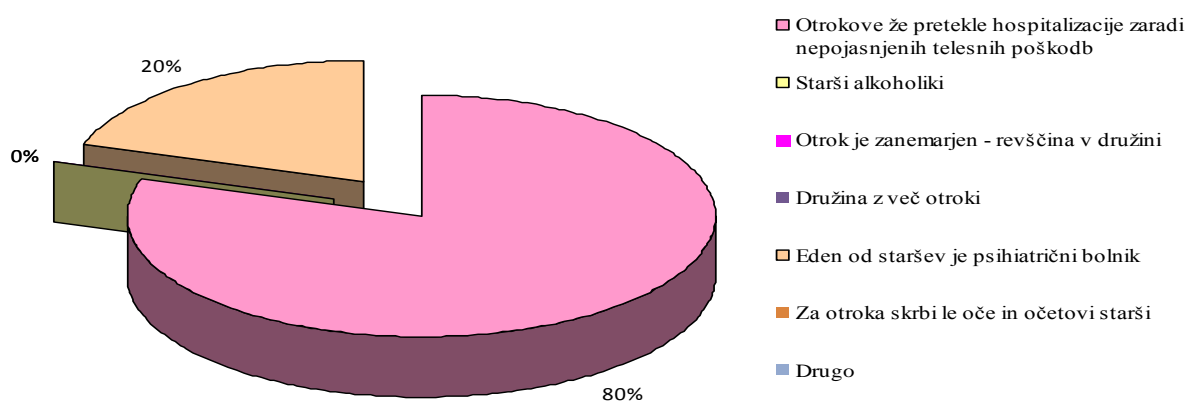
Graf 13: Ali so medicinske sestre na oddelku prijavile, ko so posumile, da je telesna poškodba pri otroku posledica nasilja v družini?

Polovica (10) medicinskih sester, je poročala dežurnemu pediatru na oddelku, ko so posumile, da je poškodba pri otroku lahko posledica nasilnega vedenja, medtem ko druga polovica (10) tega ni prijavila nobenemu, ampak o sumu poročala le sodelavki ob predaji izmene.



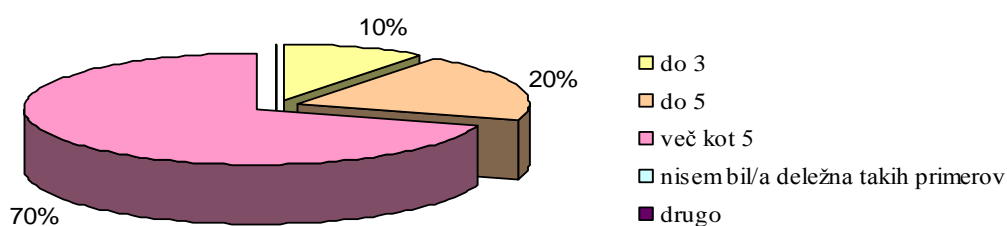
Graf 14: Razlogi, zakaj ob sumu niso nikogar obvestili

Polovica medicinskih sester iz prejšnjega grafa (5) jih meni, da se s tem ukvarja primarno zdravstvo in da se v bolnišnici zdravijo le poškodbe, 50 odstotkov (5) jih meni, da se v to ne poglobljajo, ker to ni njihov problem.



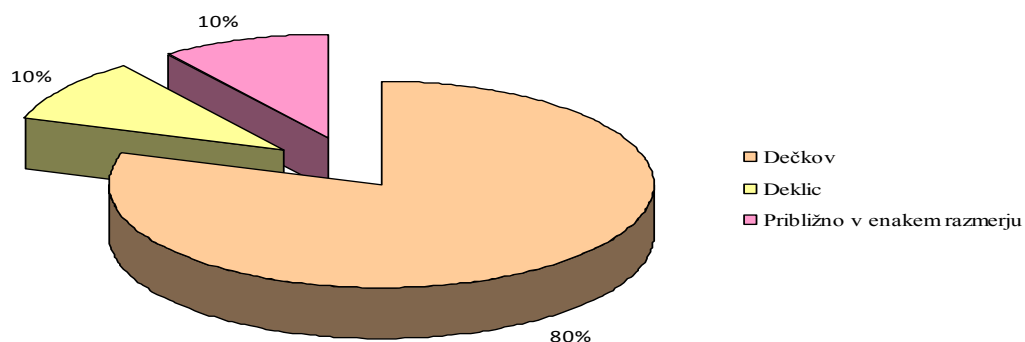
Graf 15: Mnenja o sumu, da je poškodba pri otroku posledica nasilja v družini

Od skupno 20 anketirank jih je 80 odstotkov (16) mnenja, da posumijo na poškodbo pri otroku zaradi nasilnega vedenja v družini zaradi otrokovih že preteklih hospitalizacij, kjer so bile prisotne telesne poškodbe nepojasnjene, 20 odstotkov (4) pa takrat, ko je eden od staršev psihiatrični bolnik.



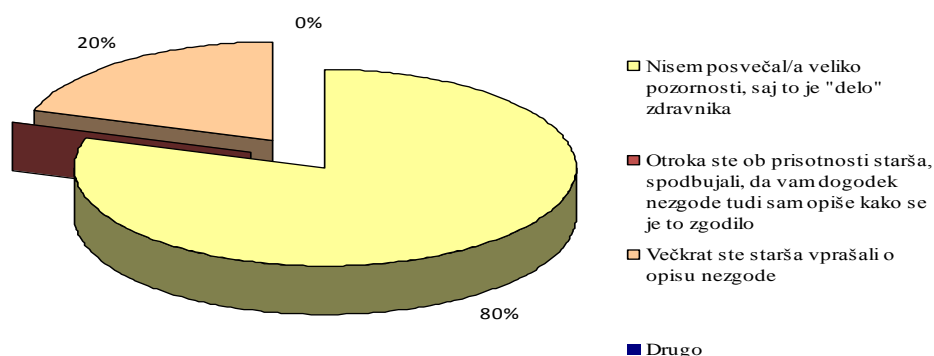
Graf 16: Število obravnavanih otrok v poklicni dobi medicinskih sester, kjer je po njihovem obstajal sum, da je bila telesna poškodba povzročena namerno

70 odstotkov (14) pravijo, da so bile v svoji poklicni dobi deležne pri obravnavi, kjer je obstajal sum, da gre za namerno povzročeno telesno poškodbo, pri več kot 5 otrocih, 20 odstotkov (4) do 5 otrok in 10 odstotkov (2) do 3 otrok.



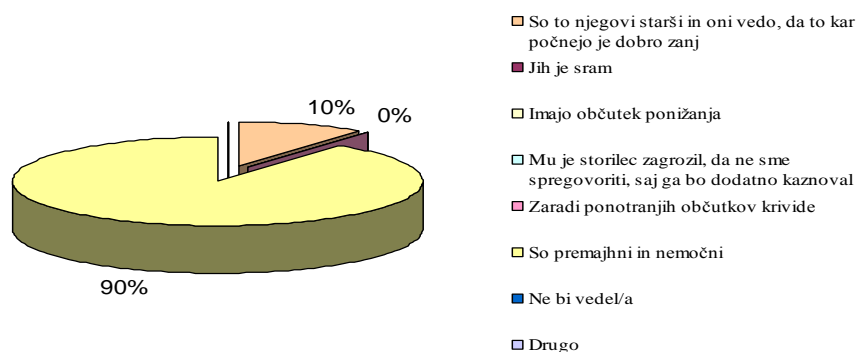
Graf 17: Mnenja medicinskih sester o obravnavanih telesno poškodovanih otrocih glede na spol, kjer je obstajal sum, da so bile povzročene namerno

Večina, to je 80 odstotkov (16) menijo, da je bilo obravnavanih s sumom na namerno povzročeno poškodbo več dečkov, 10 odstotkov (2) medicinskih sester je mnenja, da je obravnavanih približno enako dečkov kot deklic, 10 odstotkov (2) pa jih je mnenja, da je bilo obravnavanih več deklic.



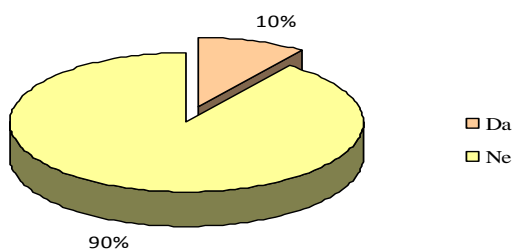
Graf 18: Medicinske sestre, deležne primerov poškodb pri otroku, povzročenih zaradi zlorabe s strani staršev

Kar 80 odstotkov (16) medicinskih sester meni, da temu, kako je prišlo do poškodbe, niso posvečale veliko pozornosti, saj menijo, da to je »delo« zdravnika, 20 odstotkov (4) pa jih je starše večkrat spraševalo, kako je prišlo do nezgode.



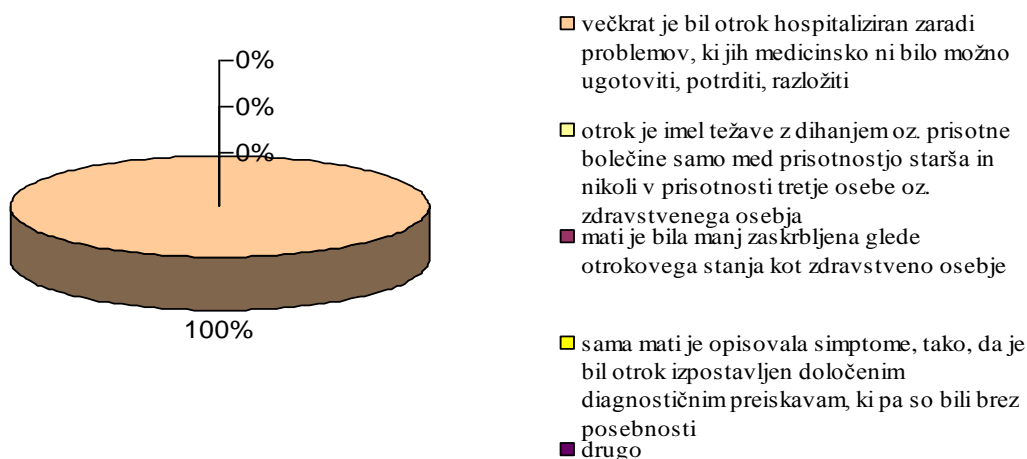
Graf 19: Mnenja medicinskih sester, zakaj otrok, ki je utrpel poškodbo s strani starša, težko spregovori oziroma ne spregovori

90 odstotkov (18) anketirank meni, da otroci večkrat ne spregovorijo o zlorabi s strani starša, ker so še premajhni in nemočni, 10 odstotkov (2) so mnenja, da so to njihovi starši in oni vedo, da je to, kar počnejo, dobro za njih.



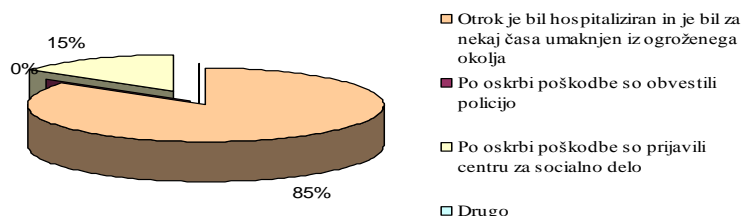
Graf 20: Soočanje s sumom na »Munchausnov sindrom by proxy« pri svojem delu

10 odstotkov (2) pravi, da so se pri svojem delu soočile s primerom, kjer je obstajal sum, da gre za »Munchausnov sindrom by proxy«, 90 odstotkov (18) se jih s tem ni nikoli soočilo.



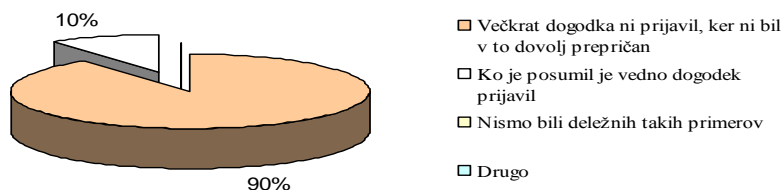
Graf 21: Najpogostejši scenarij po mnenju medicinskih sester

Glede na to, da je na prejšnje vprašanje pritrdilno odgovorilo le 10 odstotkov (2) medicinskih sester, le ti pravijo, da so bili otroci večkrat hospitalizirani zaradi problemov, ki jih medicinsko ni bilo možno ugotoviti, potrditi in razložiti.



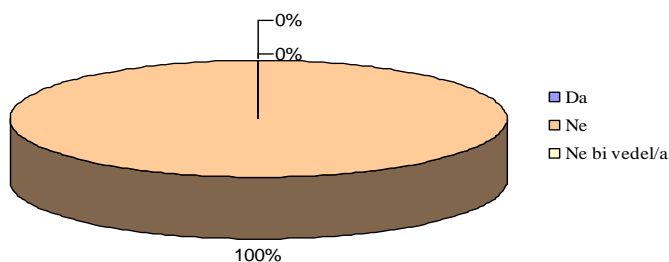
Graf 22: Najpogostejši ukrepi, po mnenju medicinskih sester, ki so bili izvedeni s strani zdravnika, ko je obstajal sum, da gre za namerno povzročeno poškodbo pri otroku s strani starša

85 odstotkov (17) jih je odgovorilo, da je zdravnik, ob sumu, da je telesna poškodba pri otroku namerno povzročena s strani starša oskrbel poškodbo, otroka hospitaliziral in tako ga je za nekaj časa umaknil iz ogroženega okolja, 15 odstotkov (3) je izjavilo, da zdravnik po oskrbi poškodbe, tudi vedno prijavi sum namerne povzročene poškodbe centru za socialno delo.



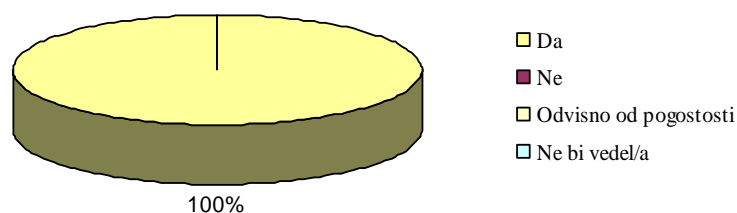
Graf 23: Ali se je v vaši bolnišnici zgodil primer suma na namerno povzročeno telesno poškodbo, pediater pa tega ni prijavil pristojnim službam?

90 odstotkov (18) pravijo, da pediater včasih, kljub temu, da posumi o zlorabi s strani starša, tega ne prijavi, ker v to ni dovolj prepričan, 10 odstotkov (2) pa jih pravi, da je pediater vedno, ko je obstajal sum, da je otrok zlorabljen s strani starša, dogodek prijavil.



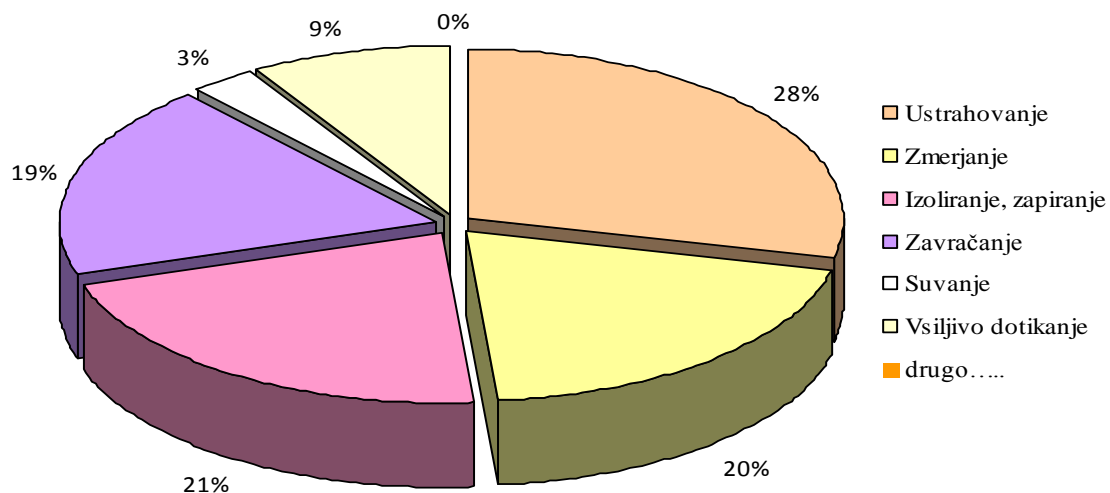
Graf 24: Povzročene oblike nasilja in prisotnost vidnih telesnih poškodb

100 odstotkov (20) anketiranih medicinskih sester se strinja, da pri vseh povzročenih oblikah nasilja niso vedno prisotne telesne poškodbe.



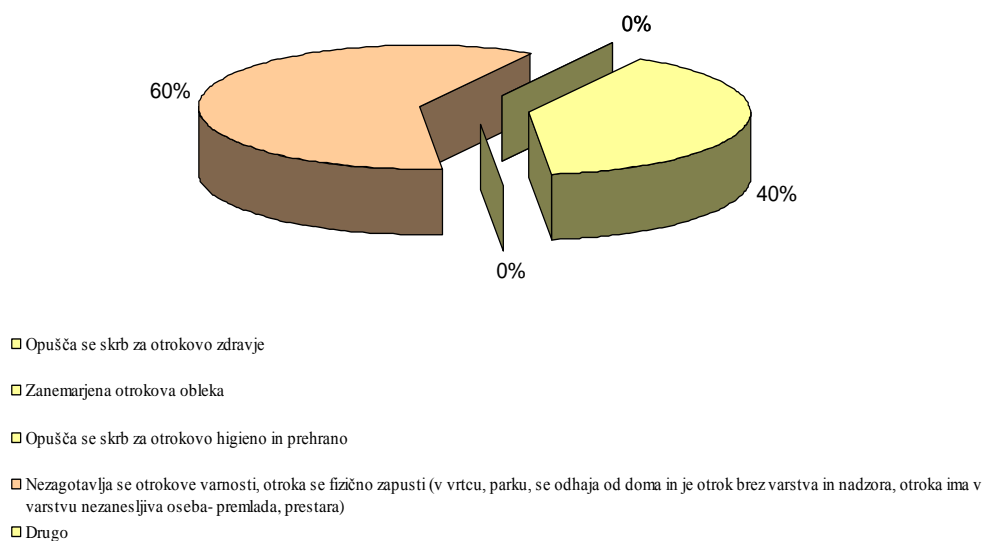
Graf 25: Prisotnost psihičnega trpinčenja otroka ob telesnih poškodbah

Vseh 20 anketirank je mnenja, da namerno povzročene poškodbe spremlja tudi psihično trpinčenje otroka.



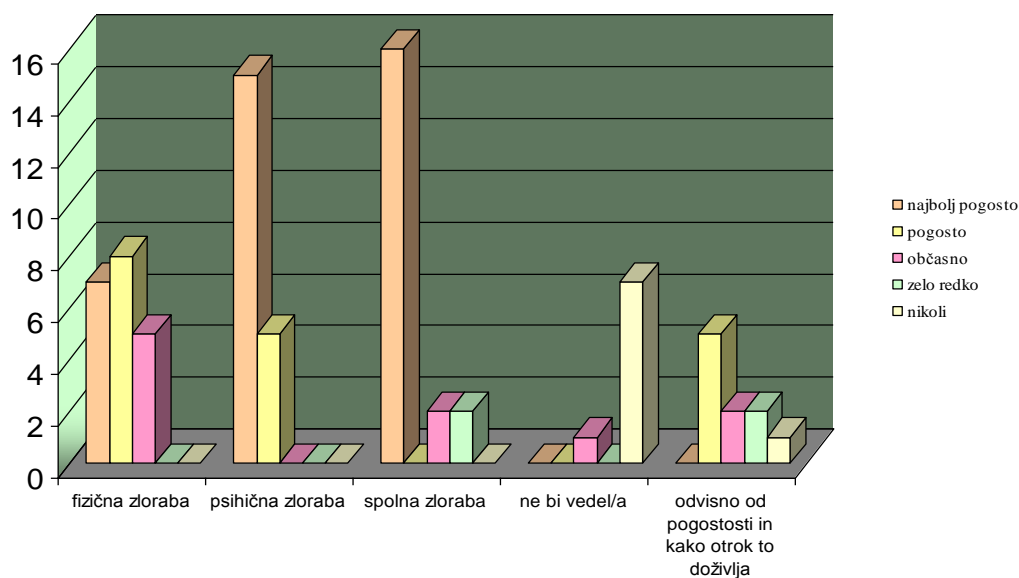
Graf 26: Razumevanje pojma »psihičnega trpinčenja otroka« (možnih je več odgovorov)

Pri tem vprašanju je bilo možnih več odgovorov. Pod pojmom psihično trpinčenje otroka večinoma razumejo: ustrahovanje (28 odstotkov), zmerjanje (20 odstotkov), izoliranje, zapiranje (21 odstotkov), zavračanje (19 odstotkov), suvanje (3 odstotki) in vsiljivo dotikanje (9 odstotkov).



Graf 27: Razumevanje pojma »zanemarjanje otroka«

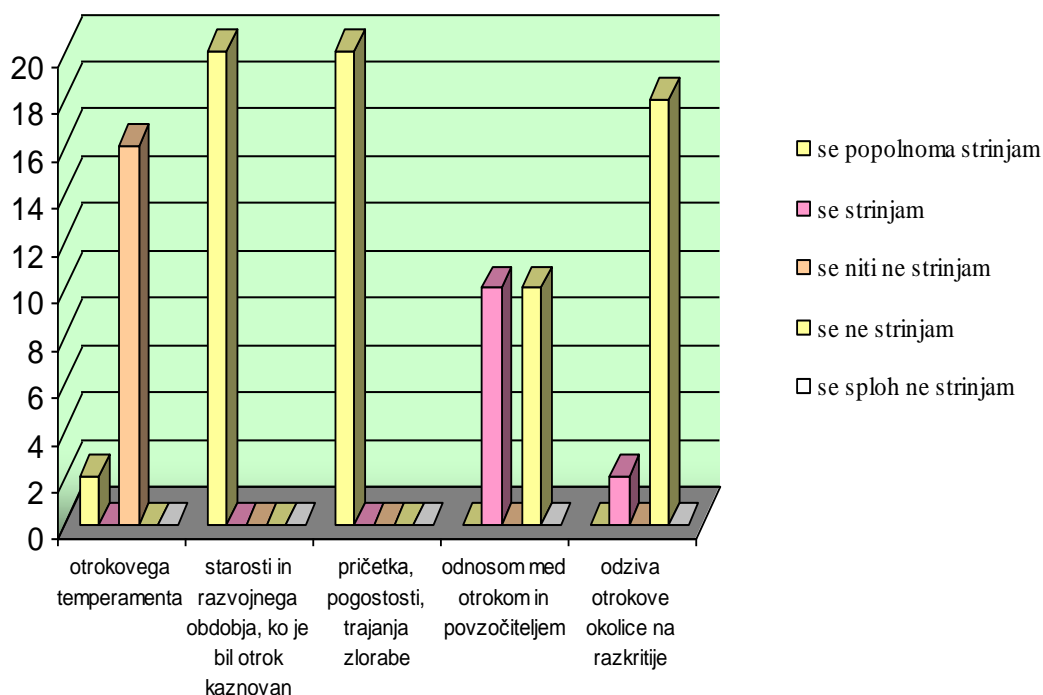
60 odstotkov (12) medicinskih sester pod pojmom zanemarjanje otroka razume okoliščine, ko ni zagotovljena otrokova varnost oziroma ko se otroka fizično zapusti, 40 odstotkov (8) pa jih je mnenja, da gre za primere, ko ima otrok zanemarjeno obleko.



Graf 28: Oblike nasilja, povzročene pri otroku, ki puščajo največje posledice

Pri tem vprašanju so anketiranke odgovore razvrstile po pogostosti, tako da so stopnjo pogostosti označile s številkami od 1 do 5.

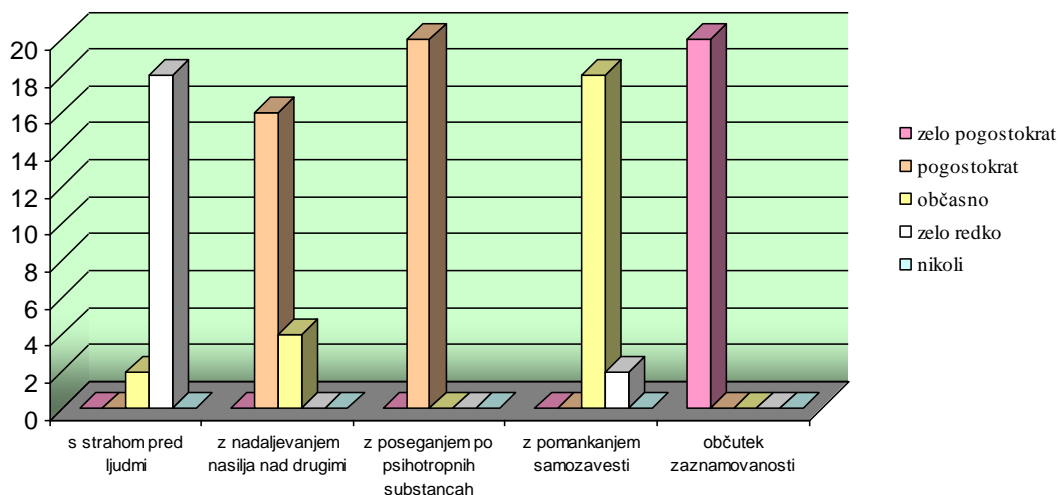
Mnenja anketiranih so: 7 jih je mnenja, da fizična zloraba zelo pogosto pušča posledice, 8 jih je mnenja, da pogosto, in 5 občasno. 15 jih meni, da psihična zloraba zelo pogosto pušča posledice, 5 pa pogosto. Posledice spolne zlorabe so po mnenju 16 anketirank najbolj pogoste, dve sta mnenja, da občasno ali pa zelo redko. 8 pa ne vedo, katere vrste nasilja puščajo največje posledice. 5 jih meni, da so posledice pogosto odvisne od pogostosti in tega, kako otrok to doživlja, 2 sta mnenja, da občasno ali pa zelo redko, 1 pravi, da to ni možno oz. nikoli. Iz grafa je razvidno, da je večina anketirank mnenja, da spolna zloraba otroku pogosto pušča največje posledice.



Graf 29: Odvisnost teže posledic od zlorabe

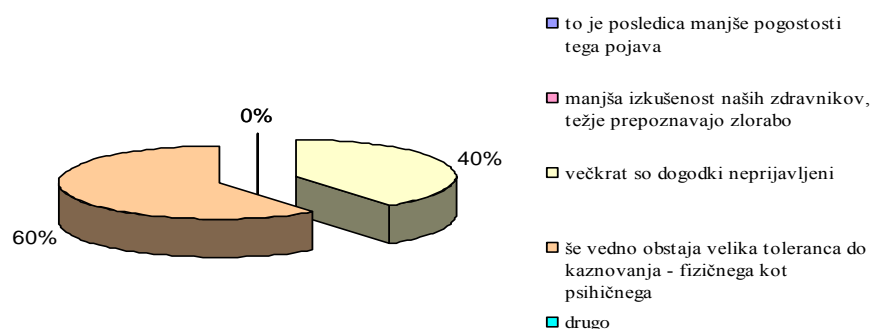
Iz grafa je razvidno, da se vseh 20 popolnoma strinja, da bodo posledice pri otroku odvisne od starosti in razvojnega obdobja, ko je bil otrok kaznovan, kot od pričetka pogostosti in trajanja zlorabe. 16 se jih niti ne strinja, da bo teža posledic odvisna od otrokovega temperamenta,

medtem ko se 2 popolnoma strinjata. Da so posledice odvisne od odnosa med otrokom in povzročiteljem, meni 10 anketirank, 10 pa se jih s tem sploh ne strinja. 18 medicinskih sester se ne strinja, da bodo posledice odvisne od odziva otrokove okolice na razkritje, medtem ko se 2 strinjata.



Graf 30: Odražanje posledic nasilja kasneje v življenju

Vseh (20) medicinskih sester meni, da se bodo posledice nasilja pri otroku zelo pogosto odražale s poseganjem po psihotropnih substancah kot z občutkom zaznamovanosti. (18) jih je mnenja, da bo žrtev nasilja zelo redko strah pred ljudmi, (2) menita, da bo to le občasno. (16) jih pravi, da se bodo posledice odražale z nadaljevanjem nasilja nad drugimi, (2) pa, da to le občasno. (18) jih je odgovorilo, da se bodo posledice občasno odražale s pomanjkanjem samozavesti, 2 pa sta mnenja, da bo to zelo redko.



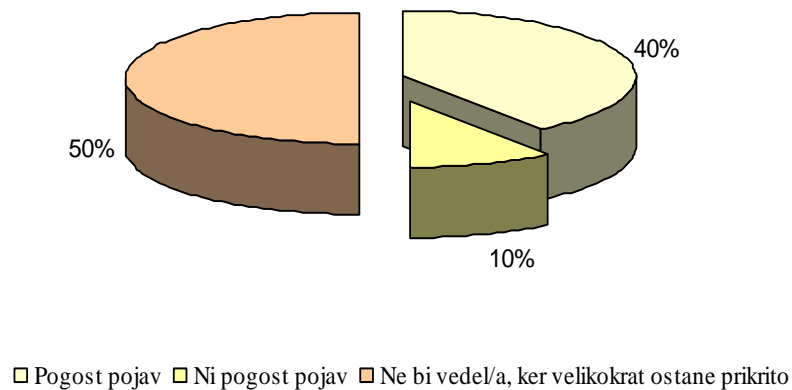
Graf 31: Razlogi za manjše število hospitaliziranih otrok zaradi zlorab in posledic telesnih poškodb v Sloveniji (glede na število prebivalstva) v primerjavi z ZDA

60 odstotkov (12) je odgovorilo, da je zaradi še vedno velike tolerance do kaznovanja – fizičnega kot psihičnega – število hospitaliziranih otrok zaradi zlorabe in posledic telesnih poškodb v SLO (glede na število prebivalstva) manjše kot v ZDA, 40 odstotkov (8) pa jih meni, da so v SLO taki dogodki večkrat neprijavljeni.



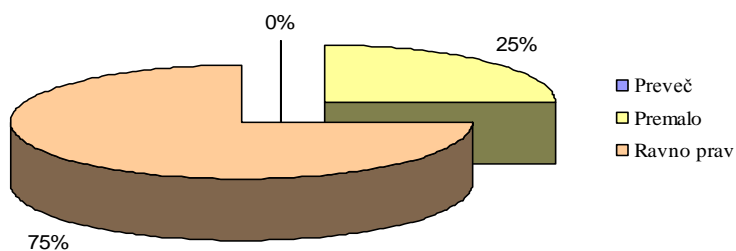
Graf 32: Problem nasilja v družini

100 odstotkov (20), jih meni, da je nasilje družbeni kot zasebni problem.



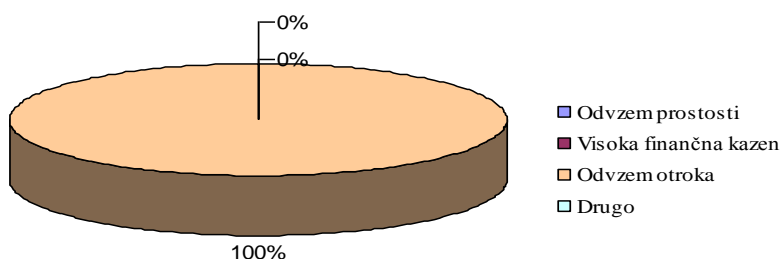
Graf 33: Pogostost pojava nasilja nad otroki v družini

Polovica jih ne ve nič o pogostosti pojava trpinčenja otrok, ker menijo, da pojav velikokrat ostane prikrit, 40 odstotkov (8) pa jih je mnenja, da se v Sloveniji pogosto izvaja nasilje nad otroki, 10 odstotkov (2) pravi, da se ne pojavlja pogosto.



Graf 34: Vloga medijev pri obveščanju javnosti o nasilju nad otroki v družini

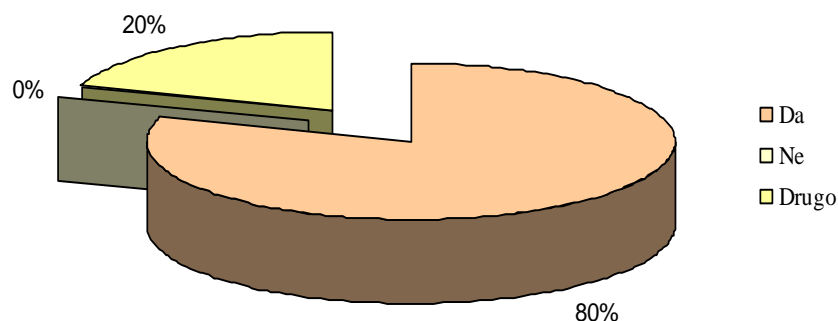
75 odstotkov (15) jih je mnenja, da imajo mediji pozitivno vlogo pri obveščanju javnosti o nasilju nad otroki, 25 odstotkov (5) jih pravi, da mediji premalo obveščajo javnost, kaj sta sploh nasilje in zloraba in kje lahko žrtev išče pomoč.



Graf 35: Vrsta kazni povzročitelja

Graf prikazuje alternativne ukrepe, ki bi se po mnenju anketirank zdeli primerni oziroma učinkoviti.

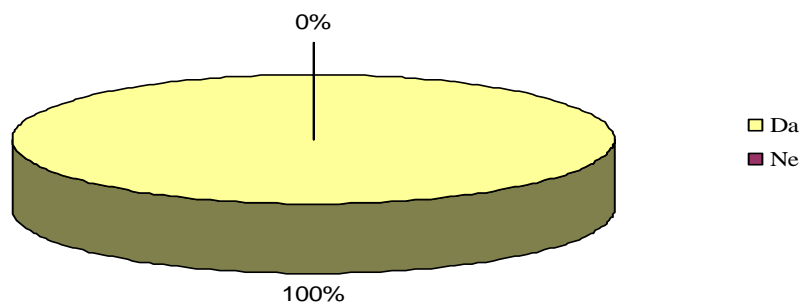
Brez dvoma 100 odstotkov (20) pravijo, da če bi odločale o vrsti kazni povzročitelja, bi ga vsekakor kaznovale z odvzemom otroka.



Graf 36: Beleženje vzrokov nastalih poškodb pri otrocih v Splošni bolnišnici Izola

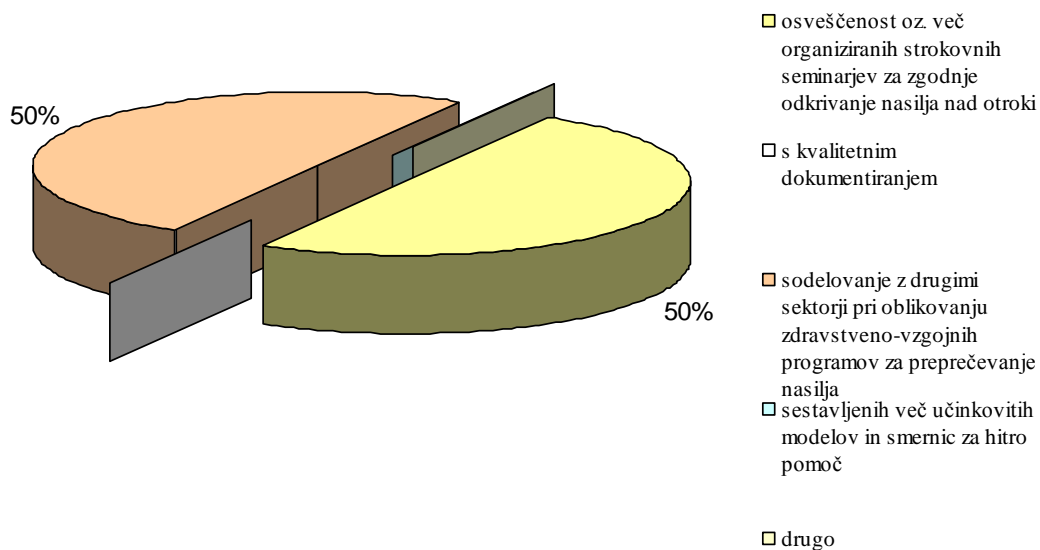
Zaskrbljujoč je podatek, kar 80 odstotkov (16) anketiranih trdi, da so v bolnišnici pomanjkljivo zabeleženi vzroki poškodb, nasprotno pa jih meni le 20 odstotkov (4).

Glede na to, da je 16 medicinskih sester odgovorilo pritrdilno, navajajo, da anamnestične podatke večkrat poda starš in se ne preverja, ali ti podatki res držijo, otrok pa je premajhen, da bi sam povedal, kako se je poškodoval. Takega otroka obravnava kirurg, večkrat pa samo sekundarij splošne medicine, ki se osredotoči le na zdravljenje nastale poškodbe, ne pa na vzrok nastanka.



Graf 37: Opozarjanja na problem o nasilju v bolnišnici

100 odstotkov (20) anketirank je zasledilo razne akcije, plakate ali brošure v bolnišnici, ki so opozarjale na problem nasilja.



Graf 38: Uspešnost zgodnjega odkrivanja in preprečevanja trpinčenja otrok v zdravstvenih institucijah

Polovica jih je odgovorilo, da bi se z osveščanjem oziroma organiziranjem več strokovnih seminarjev uspešneje odkrivalo in s tem preprečilo izvajanje nasilja nad otroki v družini. Druga polovica anketirank pa je mnenja, da bi bilo treba sodelovati z drugimi sektorji pri oblikovanju zdravstveno-vzgojnih programov za preprečevanje nasilja.

4 RAZPRAVA

Na podlagi analize statističnih podatkov v zadnjih desetih letih, pridobljene iz zdravstvenih dokumentacij predšolskih otrok, obravnavanih kot hospitaliziranih v bolnišnici Izola, je bilo 476 primerov otrok s telesnimi poškodbami, od tega je bilo zaradi namerno povzročenih poškodb hospitaliziranih 16 primerov, 199 je bilo samopoškodb na igralih, v vrtcu pri igri, itd..

Od skupnih 476 primerov obravnavanih telesnih poškodb pri predšolskih otrocih smo zasledili, da v 261 primerih ni dokumentiranega oziroma navedenega povzročitelja poškodbe. To nam prikazujeta grafa 2 in 3, kar potrjuje našo domnevo, da gre pri obravnavi takega otroka za pomanjkljivo dokumentirano anamnezo nastale telesne poškodbe. Zaradi pomanjkljivo dokumentiranih podatkov smo **hipotezo H1** zavrgli. Vseeno ne gre prezreti podatka oziroma mnenja medicinskih sester (graf 36), da so v bolnišnici vzroki poškodb zabeleženi pomanjkljivo. Verjame se staršu in se ne preverja, ali podatki staršev res držijo.

Glede na obravnavano populacijo otrok je izpostavljenih več dečkov, kar kaže statistični podatek v bolnišnici Izola (graf 4), istočasno so to potrdile tudi medicinske sestre z anketnim vprašalnikom (graf 17). Od hospitaliziranih otrok, kjer je obstajal sum na namerno povzročeno telesno poškodbo, je bilo v zadnjih desetih letih obravnavanih več dečkov (9 primerov) kot deklic (7 primerov). Zato lahko potrdimo **hipotezo H2**, da je ogroženih več dečkov.

Tudi ameriške raziskave so pokazale, da se razlike pojavljajo tudi glede na vrste nasilja po spolu, in sicer pri nekaterih oblikah prevladujejo fantje, pri drugih dekleta. Tako je na primer med žrtvami spolne zlorabe večina deklic (77 %), pri psihičnem trpinčenju je le nekaj odstotkov več deklic kot fantkov (deklic 53 %, fantkov 47 %), fantje pa prevladujejo (z deležem malo nad polovico) pri zanemarjanju in telesnih zlorabah (4).

V Sloveniji take raziskave podatkov v literaturi nismo zasledili.

Večina medicinskih sester (graf 12) je obravnavala otroka, kjer je obstajal sum nasilnega ravnanja, 65 % (13) jih je občasno posumilo, da je poškodba lahko posledica nasilnega ravnanja v primerih, ko je starš dogodek opisoval različno pediatru, kirurgu in medicinski

sestri, 10 % (2) pa tudi vedno, ko so bile vidne sveže in stare podplutbe na koži oziroma ko so bile prisotne modrice na nenavadnih mestih. 25 % (5) medicinskih sester pa na to ni nikoli pomislilo oziroma posumilo. O možnostih, da je poškodba pri otroku lahko posledica nasilja v družini (graf 15), je 80 % (16) medicinskih sester razmišljalo zaradi otrokovih preteklih hospitalizacij brez pojasnenih telesnih poškodb. Vseh 20 anketiranih medicinskih sester meni, da ko otrok preživlja namerno povzročeno poškodbo, vsekakor tudi psihično trpi.

Hipotezo H3 lahko glede na podatke, ki smo jih prejeli s pomočjo anketnega vprašalnika, potrdimo. Glede na to, da na otroškem oddelku prevladuje kar 80 % medicinskih sester s srednjo izobrazbo in z delovno dobo od 1 do 10 let, menimo, da so medicinske sestre pri obravnavi otrok premalo občutljive na zunanje vzroke nastalih telesnih poškodb, saj jih večina meni, da se s tem problemom ukvarja zdravnik oziroma primarno zdravstvo, v bolnišnici se zdravijo le poškodbe.

Z nalogo smo želeli vzpostaviti dodatno občutljivost zdravstvenih delavcev pri obravnavi telesno poškodovanega otroka zaradi neprimernega ravnanja v družini. Zavedati se morajo, da brez odziva ali sporočila o možni ogroženosti otroka ali zaskrbljenosti za otroka obstaja tveganje, da se bo zloraba nadaljevala oziroma da ne bo prišlo do razkritja zlorabe.

5 SKLEP

Problem nasilja in s tem povzročene telesne poškodbe nad otroki v družini so predmet tega diplomskega dela. Gre za razmeroma občutljivo temo, ki se redko pojavlja v javnosti.

Zlorabe otrok se dogajajo vsakodnevno in so univerzalne ne glede na spol, raso, narodnost, veroizpoved, itd.. Pogostejše se problem nasilja navezuje na nižje socialno-ekonomske sloje, predvsem zaradi večjih stresov v takih družinah, ki so povezani z revščino, stanovanjsko stisko in poseganjem po alkoholu. Kljub temu tu ne moremo mimo dejstva, da je nasilje pogosto prisotno tudi v višjih socialno-ekonomskih slojih, v družinah, ki v okolju uživajo sloves »ugledne družine«, le da je tu nasilje zaradi ugleda družine pogosto skrito očem javnosti in ga je zato težje ugotavljati in odkrivati.

Ne moremo trditi, da nasilja prej ni bilo, vendar v zadnjem času ugotavljamo porast nasilnih dejanj nad otroki. Morda smo danes v družbi bolj občutljivi in osveščeni o nasilju nad otroki, kar je rezultat širše medijske odzivnosti in verjetno posledica večje usposobljenosti in informiranosti ustreznih služb. Več pozornosti namenjamo razvojnim zakonitostim otrok, več se govori o otrokovih pravicah in odgovornosti odraslih za njihovo uresničevanje, itd.. Večji odziv opažamo s strani centrov za socialno delo, policije, tožilstva, žal pa bistveno manjšega s strani zdravstvenih delavcev. Čeprav več vemo o tem, ga še vedno problemsko ne znamo izpostavljati. V bolnišnici je zdravnik pri pregledu poškodovanega otroka najpogostejše usmerjen v poškodbo. Otrok je premajhen, ne zaveda se, da se z njim dogaja nekaj, kar ni prav. Ker ne poznajo drugačnih okoliščin odraščanja, nehote sklepajo, da je to običajna izkušnja. Anamneza s strani zdravnika bi zato morala biti bolj natančna, zlasti bi se morala osredotočiti na vzrok in povzročitelja nastanka poškodbe.

Ob pisanju naloge sem spremenila pogled na nasilje nad otroki in postala bolj občutljiva za različne pojave pri obravnavi otroka s telesno poškodbo.

Nasilje je bilo, je in bo prisotno v družini, še več, postalo je del družbene problematike, ki jo je treba reševati odgovorno in celostno, predvsem pa takoj, ko posumimo nanjo. Vprašanje, ali je v zadnjem času več zlorab, je predmet številnih razprav. Pri tako prikrivanem in zanikanem pojavu je težko ugotavljati njegovo pogostost tako za pretekli kot sedanji čas. Brez

dvoma je danes več priložnosti, da se o njem spregovori, več poguma za soočanje z njim, več možnosti, da do besede pridejo tudi otroci. Fizično kaznovanje otrokom dolgoročno škodi, ker rani dostojanstvo in uničuje samospoštovanje. Jasna razmejitev med nasiljem, ki zaznamuje otroka, in blagim nasiljem, ki izzveni brez posledic, pa v resnici ni možna.

Bodoče starše in starše moramo aktivno vzgajati o neprimernosti telesne kazni kot vzgojnega ukrepa. Pri tistih, ki jo prakticirajo, moramo doseči, da jo zmanjšajo, nato pa povsem ukinejo.

Za obravnavanje žrtev nasilja bi bilo v zdravstvu treba oblikovati klinično pot, kar bi vključevalo sistematično obravnavo vseh žrtev nasilja v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji z opredeljenimi navodili in protokoli, z določeno odgovornostjo za izvajanje poizvedb, vodenje statistike, dokumentacije, zaupnost podatkov, komu je dostopna in posredovana. Potrebno bi bilo več timskega obravnavanja znotraj zdravstva in sodelovanje z drugimi organizacijami in državnimi organi zunaj zidov zdravstvene institucije. Poseben razmislek bi kazalo nameniti opredelitvi obsega dela zdravnika, ki se srečuje s problematiko nasilja v družini, saj ne gre samo za pregled žrtve, ampak vključitev zdravnika v celoten postopek. Ko zdravnik prijavi sum zlorabe, meni, da je njegovo delo s tem zaključeno.

Otrokova pravica je biti varen. Naredimo vse, da bo res tako.

SEZNAM VIROV

1. Otrokove pravice v Evropi.
<http://www.coe.si/res/dokument/> <11. 10. 2010>.
2. Dnevnikov objektiv – sobota, 12. 7. 2008.
http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/objektiv/332817 <12. 10. 2010>.
3. Sambolič D. Nasilje nad otrokom- star problem v novi preobleki. *Firis*, 2002: 10, 3, 10–21.
4. Filipčič K. Nasilje v družini. Ljubljana: Bonex, 2002: 42–49, 151, 179.
5. Kos-Mikuš A. Psihološke determinante dogajanj, ki sopogojujejo trpinčenje otrok in vplivajo na odzivanje strokovnjakov. V: Imperl Franc: Zbornik prispevkov delovne konference o delovanju in sodelovanju strokovnih služb na področju preprečevanja zlorab in zanemarjanja otrok, 1994: 19-38.
6. Filipčič K. Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Ljubljana: Založba GV, 2002.
7. Aries P. Otrok in družinsko življenje v starem režimu. Ljubljana, ŠKUC: Znanstveni inštitut, 1991.
8. Švab A. Družina: od modernosti k postmodernosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 2001.
9. Škrlina D. Alkohol, agresija in nasilje: *Zdravstveni vestnik*, 2005; 74, 535–537.
10. Filipčič K. Miti o nasilju v družini. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 2002: 46–51, 3, 197-206.
11. Rus Makovec M. Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2003.

12. Kos-Mikuš A. Psihosocialni vidiki trpinčenja otrok. Razširjen zbornik II. cikla seminarjev Namesto koga roža cveti, 1997.
13. Petrovič R. Izbrana poglavja iz pediatrije. Nasilje v družini. Ljubljana: Medicinska Fakulteta, Katedra za pediatrijo in Pediatrična klinika, 2005.
14. Pečar J. »Otroci – žrtve družinskega nasilja (in zanemarjanja)«. *Anthropos*, 1984: 3–4, 302-319.
15. Uradni list republike Slovenije, 2008.
<http://www.uradni-list.si> <20. 10. 2010>.
16. Pavlović, Z. Ali naj trpinčenega otroka obravnava pravna ali terapevtska država. V: Imperl, Franc: Zbornik prispevkov delovne konference o delovanju in sodelovanju strokovnih služb na področju preprečevanja zlorab in zanemarjanja otrok, 1994: 69-83.
17. Turčin Z. Psihično nasilje nad otroki in mladostniki. V: Kornhauser, P. in sodelavci. Zagotovimo našim otrokom mladost brez telesnega kaznovanja. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine, 2007: 193.
18. Penko B. et al. 2000. Kazenski zakonik. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
19. Žorž B. Stiska je lahko tudi izziv. Kratkotrajna izvendružinska obravnava. Nova Gorica: Educa, 1997.
20. Kanduč Z. »Družina in nasilje: nasilje družine in nasilje v družini«. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 2001; 52, 11–20.
21. Bouwkamp R. Psihosocialna terapija pri spolni zlorabi v družini. Logatec: Firis, 1996.
22. Selič P. Nasilje v družini – poti do rešitev. Ljubljana: Varuh človekovih pravic, 2004.
23. Zveza prijateljev mladine Slovenije.
<http://sl.zpms.si/program/tom-telefon> <20. 10. 2010>.

24. Nussdorfer V: Nasilje v družini. Pravna praksa: 23, 2004.
25. Dobnikar M. SOS telefon: za ženske in otroke – žrtev nasilja. Priročnik za svetovalno delo z ženskami in otroki, ki so doživeli nasilje. Ljubljana: Društvo SOS telefon, 2001.
26. Hiša zavetja, »Palčica«.
[http://www.grosuplje.info/novice/hiša zavetja-palčica-intervju.php](http://www.grosuplje.info/novice/hiša_zavetja-palčica-intervju.php) <12. 10. 2010>.
27. Mendorla G, Castorina S. Violenza familiare e maltrattamento minorile. Catania: C.U.E.C.M., 1998: 11-38.
28. Straus, M.; Family violence and treatment, London, 1993: 11-28.
29. Izola: Splošna bolnišnica Izola, dokumentacija - popisi bolezni, 2000- 2009.
30. Kornhauser P. Zagotovimo našim otrokom mladost brez telesnega kaznovanja. Ljubljana: 2007
31. Klic na pomoč, [http:// www.sosedpomagaj1.jpg](http://www.sosedpomagaj1.jpg)<6. 10. 2010>
32. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Nasilje v družinah- pregled dobrih praks in priporočil. <http://www.mdds.gov.si><11. 10. 2010>
33. Posledice psihičnega nasilja lahko vodijo v samomor.
<http://www.suicide5.jpg><12. 10. 2010>
34. Turčin Z. Nasilje nad otroki. V: Gregorič, A. XVI. Srečanje pediatrov v Mariboru z Mednarodno udeležbo in III. Srečanje medicinskih sester. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2006: 84.
35. Izola: Splošna bolnišnica Izola, opis iz prakse v bolnišnici, 2009
36. Šonc S. Sociologija zdravja in bolezni, 2009

PRILOGA

Priloga 1: Anketni vprašalnik

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani zdravstveni delavci,

sem Patrizia Benčič, absolventka Visoke zdravstvene šole v Izoli smer Zdravstvena nega. Pod vodstvom mentorice mag. Silvane Šonc pripravljam diplomsko nalogo z naslovom »*Telesne poškodbe pri predšolskih otrocih, ki so lahko posledica nasilja v družini*« in sem v ta namen pripravila anketni vprašalnik.

Vljudno prosim, da mi pomagate pri izvedbi diplomske naloge, in sicer tako, da izpolnite anonimen vprašalnik. Pri določenih vprašanjih je treba ustrezne odgovore obkrožiti ali kaj pripisati.

Za sodelovanje se Vam vnaprej zahvaljujem.

1. SPOL:

- a) ženski
- b) moški

2. STAROST:

- a) 20–30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51–60 let
- e) nad 60 let

3. DELOVNA DOBA:

- a) 1–10 let
- b) 11–20 let
- c) 21–30 let
- d) nad 31 let

4. IZOBRAZBA:

- a) medicinska sestra ali zdravstveni tehnik
- b) višja medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra

5. S KATERIMI TELESNIMI POŠKODBAMI SO NAJPOGOSTEJE HOSPITALIZIRANI PREDŠOLSKI OTROCI NA VAŠEM ODDELKU?

- a) Zlomi stegnenice.
- b) Zlomi goleni.
- c) Zlomi petnice.
- d) Zlomi lobanjskih kosti.
- e) Z oparinami in opeklinami.
- f) Poškodbami žrela in požiralnika zaradi aspiracije tujka.
- g) Izpahi ramen, komolca, zapestja.
- h) Poškodbe trebuha.
- i) Poškodbe spolovila.
- j) Poškodbe na obrazu.
- k) Poškodbe prsnega koša.
- l) Poškodbe glave in CZS, nastale zaradi »sindroma stresanega dojenčka« (angl. the shaken baby sindrom).
- m) Drugo: _____

6. KATERA STAROSTNA POPULACIJA PREDŠOLSKIH OTROK JE NAJVEČKRAT HOSPITALIZIRANA ZARADI TELESNIH POŠKODB?

- a) Novorojenčki.
- b) Dojenčki.
- c) Otroci od 1 leta do 3 let.
- d) Otroci od 3 do 6 let.

7. POSLEDICA KATERIH DOGODKOV, PO OPISU STARŠA OZ. OSEBE, KI SPREMLJA OTROKA, SO POŠKODBE NASTALE?

- a) Padca s previjalne mize.
- b) Padca s stola za hranjenje.
- c) Padca s kavča.
- d) Padca po stopnicah.

- e) Padca s kolesa.
- f) Padca z rolerji, rolke.
- g) Padca iz igral.
- h) Padec iz zgradbe (novogradnja, balkon, okno).
- i) Padec v jamo ali zemeljske izkope.
- j) Udarca druge oz. neznane osebe.
- k) Igre z žogo.
- l) Zaradi aspiracije tujka.
- m) Zdrsa, spotika.
- n) Pri smučanju.
- o) Starš dogodka večkrat ne zna opisati, ker ni bil navzoč.
- p) Posledica prometne nesreče.
- q) Drugo: _____

8. ALI STE MORDA KDAJ POSUMILI, DA JE PRI OTROKU NASTALA POŠKODBA ZARADI POSLEDICE NASILJA V DRUŽINI?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Občasno.

ČE STE ODGOVORILI Z (DA), KDAJ?

IN OBČASNO, KDAJ V KATERIH PRIMERIH?

9. STE TO PRIJAVILI:

KOMU? _____

10. ČEPRAV STE POSUMILI, NISTE NIKOGAR OBVESTILI IZ NASLEDNJIH RAZLOGOV:

- a) nemogoče je, da se to v družini dogaja;
- b) nekateri mediji o nasilju pretiravajo;
- c) v to se ne poglobljam, saj to ni moj problem;
- d) s tem se ukvarja primarno zdravstvo, v bolnišnici se zdravijo le poškodbe;
- e) drugo: _____

11. KDAJ STE POSUMILI, DA JE POŠKODBA LAHKO POSLEDICA NASILJA V DRUŽINI?

- a) Otrokove že pretekle hospitalizacije zaradi nepojasnjenih telesnih poškodb.
- b) Starši alkoholiki.
- c) Otrok je zanemarjen – revščina v družini.
- d) Družina z več otroki.
- e) Eden od staršev je psihiatrični bolnik.
- f) Za otroka skrbi le oče in očetovi starši.
- g) Drugo: _____

12. ŠTEVILO OBRAVNAVANIH OTROK, KI SO BILI TELESNO POŠKODOVANI, KJER JE OBSTAJAL SUM, DA GRE ZA NAMERNO POVZROČENO POŠKODBO, V SVOJI POKLICNI DOBI?

- a) Do 3.
- b) Do 5.
- c) Več kot 5.
- d) Nisem obravnavala takih primerov.
- e) Drugo: _____

13. KJER JE OBSTAJAL SUM, DA GRE ZA NAMERNO POVZROČENO POŠKODBO V DRUŽINI, JE BILO OBRAVNAVANIH VEČ:

- a) dečkov
- b) deklic
- c) približno v enakem razmerju

14. KO STE BILI DELEŽNI PRIMEROV POŠKODB ZARADI ZLORABE S STRANI STARŠA, STE:

- a) temu nisem posvečal/-a veliko pozornosti, saj to je "delo" zdravnika;
- b) otroka ste ob prisotnosti starša spodbujali, da vam dogodek nezgode tudi sam opiše – kako se je to zgodilo;
- c) večkrat ste starša vprašali po opisu nezgode;
- d) drugo: _____

15. PO VAŠEM MNENJU VAM OTROK, KI JE UTRPEL TELESNO POŠKODBO S STRANI STARŠA, KOT ZDRAVSTVENEMU DELAVCU VEČKRAT NE ZAUPA OZ. NE ŽELI SPREGOVORITI, KER:

- a) so to njegovi straši in oni vedo, da je to, kar počnejo, dobro zanj;
- b) jih je sram;
- c) imajo občutek ponižanja;
- d) mu je storilec zagrozil, da ne sme spregovoriti, saj ga bo dodatno kaznoval;
- e) zaradi ponotranjenih občutkov krivde;
- f) so premajhni in nemočni;
- g) ne bi vedel/-a;
- h) drugo: _____

16. ALI STE SE PRI SVOJEM DELU KDAJ SOOČILI Z OTROKOM, KJER JE OBSTAJAL SUM, DA GRE ZA »MUNCHAUSNOV SINDROM BY PROXY«?

- a) Da.
- b) Ne.

17. ČE STE PRI PREJŠNJEM VPRAŠANJU ODGOVORILI Z »DA«, KATERI SO BILI NAJPOGOSTEJŠI SCENARIJI?

- a) Otrok je bil večkrat hospitaliziran zaradi problemov, ki jih medicinsko ni bilo možno ugotoviti, potrditi, razložiti.
- b) Otrok je imel težave z dihanjem oz. prisotne bolečine samo med prisotnostjo starša in nikoli v prisotnosti tretje osebe oz. zdravstvenega osebja.
- c) Mati je bila manj zaskrbljena glede otrokovega stanja kot zdravstveno osebje.
- d) Sama mati je opisovala simptome tako, da je bil otrok izpostavljen določenim diagnostičnim preiskavam, ki pa so bili brez posebnosti.

e) Drugo_____

18. KATERI SO BILI NAJPOGOSTEJŠI UKREPI S STRANI ZDRAVNIKA PRI OTROCIH, KI SO BILI TELESNO POŠKODOVANI IN PRI KATERIH JE OBSTAJAL SUM, DA GRE ZA NAMERNO POŠKODBO S STRANI STARŠA?

- a) Otrok je bil hospitaliziran in je bil za nekaj časa umaknjen iz ogroženega okolja.
- b) Po oskrbi poškodbe so obvestili policijo.
- c) Po oskrbi poškodbe so prijavili centru za socialno delo.
- d) Drugo:_____

19. ALI SE JE V VAŠI BOLNIŠNICI ZGODIL PRIMER, KJER JE OBSTAJAL SUM, DA JE BIL OTROK NAMERNO POŠKODOVAN S STRANI STARŠA, PEDIATER PA NI PODAL PRIJAVE ZA TO PRISTOJNIM SLUŽBAM?

- a) Večkrat dogodka ni prijavil, ker v to ni bil dovolj prepričan.
- b) Ko je posumil, je dogodek vedno prijavil.
- c) Nismo bili deležnih takih primerov.
- d) Drugo:_____

20. ALI MENITE, DA SO PRI VSEH POVZROČENIH OBLIKAH NASILJA VEDNO PRISOTNE OZ. VIDNE TELESNE POŠKODBE?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Ne bi vedel/-a.

21. ALI MENITE, DA NAMERNO POVZROČENE TELESNE POŠKODBE SPREMLJA TUDI PSIHIČNO TRPINČENJE OTROKA?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Odvisno od pogostosti.
- d) Ne bi vedel/-a.

22. KAJ RAZUMETE POD POJMOVOM »PSIHIČNO TRPINČENJE OTROKA«?
(Možnih je več odgovorov.)

- a) Ustrahovanje.

- b) Zmerjanje.
- c) Izoliranje, zapiranje.
- d) Zavračanje.
- e) Suvanje.
- f) Vsiljivo dotikanje.
- g) Vse zgoraj naštet.

23. KAJ OZNAČUJETE POD POJMOM »ZANEMARJANJE OTROKA«?

- a) Opušča se skrb za otrokovo zdravje.
- b) Zanemarjena otrokova obleka.
- c) Opušča se skrb za otrokovo higieno in prehrano.
- d) Ne zagotavlja se otrokove varnosti, otroka se fizično zapusti (v vrtcu, parku, se odhaja od doma in je otrok brez varstva in nadzora, otroka ima v varstvu nezanesljiva oseba – premlada, prestara).
- e) Drugo: _____

24. KATERE POVZROČENE VRSTE NASILJA MENITE, DA OTROKU PUŠČAJO NAJVEČJE POSLEDICE? (Razvrstite po pomembnosti – z zaporednimi števkami označite stopnjo pomembnosti, 5 npr. pomeni najpomembnejši kriterij.)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a) fizična zloraba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) psihična zloraba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) spolna zloraba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) ne bi vedel/-a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) odvisno od pogostosti in kako otrok to doživlja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25. OD ČESA JE PO VAŠI OCENI ODVISNA TEŽA POSLEDIC, KI JIH BO OTROK UTRPEL? (Razvrstite – navodila so ista kot pri prejšnjem vprašanju.)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a) otrokovega temperamenta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) starosti in razvojnega obdobja, ko je bil otrok kaznovan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) pričetka, pogostosti, trajanja zlorabe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) odnosom med otrokom in povzročiteljem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) odziva otrokove okolice na razkritje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

26. KAKO SE TE POSLEDICE LAHKO ODRAŽAJO KASNEJE V ŽIVLJENJU?**(Razvrstite – navodila so ista kot pri prejšnjem vprašanju.)**

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a) s strahom pred ljudmi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) z nadaljevanjem nasilja nad drugimi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) z poseganjem po psihotropnih substancah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) s pomanjkanjem samozavesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) občutek zaznamovanosti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

27. STATISTIKE KAŽEJO, DA JE ŠTEVILO HOSPITALIZIRANIH OTROK ZARADI ZLORAB IN POSLEDIC TELESNIH POŠKODB V SLOVENIJI (glede na št. prebivalstva) V PRIMERJAVI Z ZDA MANJŠE. KJE VIDITE RAZLOGE ZA TO?

- a) To je posledica manjše pogostosti tega pojava.
- b) Manjša izkušnost naših zdravnikov, težje prepoznavajo zlorabo.
- c) Večkrat so dogodki neprijavljeni.
- d) Še vedno obstaja velika toleranca do kaznovanja – tako fizičnega kot psihičnega.
- e) Drugo: _____

28. ALI MENITE, DA JE NASILJE:

- | | | |
|--|----|----|
| a) družbeni problem | DA | NE |
| b) zasebni problem družine | DA | NE |
| c) z obema zgoraj navedenima trditvama se strinjam | DA | NE |

29. ALI OCENJUJETE, DA JE V SLOVENIJI NASILJE NAD OTROKI V DRUŽINI:

- a) pogost pojav;
- b) ni pogost pojav;
- c) ne bi vedel/-a, ker velikokrat ostane prikrito.

30. ALI MENITE, DA IMAJO MEDIJI PRI OBVEŠČANJU JAVNOSTI O NASILJU NAD OTROKI V DRUŽINI POZITIVNO VLOGO?

- a) Preveč.
- b) Premalo.
- c) Ravno prav.

ČE MENITE, DA PREMALO, ZAKAJ?

31. ČE BI VI ODLOČALI O VRSTI KAZNI ZA POVZROČITELJA, BI SE ODLOČILI ZA?

- a) Odvzem prostosti.
- b) Visoko finančno kazen.
- c) Odvzem otroka.
- d) Drugo: _____

32. ALI MENITE, DA SO V NAŠI BOLNIŠNICI POMANJKLJIVO BELEŽENI VZROKI POŠKODBE PRI OTROCIH?

- a) Da.
- b) Ne.
- c) Drugo: _____

ČE STE OBKROŽILI »DA«, ZAKAJ?

33. ALI STE V BOLNIŠNICI V ZADNJEM LETU ZASLEDILI PLAKAT, BROŠURO ALI KAKŠNO AKCIJO, KI OPOZARJA NA PROBLEM NASILJA?

- a) Da.
- b) Ne.

34. KAJ MENITE, OD ČESA JE ODVISNA USPEŠNOST ZGODNJEGA ODKRIVANJA IN PREPREČEVANJA TRPINČENJA OTROK V ZDRAVSTVENIH INSTITUCIJAH?

- a) Od osveščenosti oz. več organiziranih strokovnih seminarjev za zgodnje odkrivanje nasilja nad otroki.
- b) Od kakovostnega dokumentiranja.
- c) Od sodelovanja z drugimi sektorji pri oblikovanju zdravstveno-vzgojnih programov za preprečevanje nasilja.
- d) Od več učinkovitih modelov in smernic za hitro pomoč.
- e) Drugo: _____

35. VAŠA MNENJA, PRIPOMBE, PREDLOGI

Hvala.